

34

Universidad del Salvador
Facultad de Psicología y Psicopedagogía



TESIS DOCTORAL

**LOS MIEDOS, FOBIAS, Y ANSIIDADES INFANTILES
DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA**

TESISTA: Lic. Ruth del Carmen Casabianca

DIRECTOR: Dr. Héctor Fernández Alvarez

CO-DIRECTORA: Lic. Silvia Tornimbeni

BUENOS AIRES, 2009

INDICE

INDICE	II
1. INTRODUCCIÓN	1
1. LOS MIEDOS, FOBIAS, Y ANSIIDADES INFANTILES	9
1.1 Conceptos	9
1.2 Aportes actuales relevantes al tema de los "temores disfuncionales" infantiles	20
1.2.1 Aportes de la Psicopatología General y las Psicoterapias	20
1.2.2 Aportes de las Neurociencias	23
1.2.3 Aportes de la Psicopatología del Desarrollo	26
1.3 Modelos de diagnóstico de los "temores disfuncionales" infantiles: desde dónde se construyen y para qué	72
2. EVALUACIÓN DE LOS "TEMORES DISFUNCIONALES" DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA	94
2.1 Descripción general y planteo del problema	94
2.2 Hipótesis de trabajo y objetivos de la investigación	100
2.3 Definición de constructos y variables intervinientes	101
2.4 Metodología de trabajo	102
2.4.1 Población y muestras a analizar	103
2.4.2 Instrumentos y procedimientos de recolección de los datos	103
2.4.3 Técnicas de análisis de datos	105
3. RESULTADOS	109
3.1 Análisis de los patrones interaccionales (Objetivo B1)	109
3.2 Análisis de las creencias (objetivo B2)	114
3.3 Análisis de la relación entre los patrones interaccionales y las creencias	117
3.4 Análisis de los fenómenos clínicos del grupo experimental (Objetivo B3)	121
3.5 Análisis de las variables intervinientes	122
4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	131
4.1 Conclusiones generales	131
4.2 Conclusiones referidas a los patrones interaccionales	133
4.3 Conclusiones referidas a las creencias	135
4.4 Conclusiones referidas a las relaciones patrones-creencias	138
4.5 Conclusiones referidas a las variables intervinientes	140
4.6 Conclusiones referidas a los fenómenos clínicos del grupo experimental	141
4.7 Aplicabilidad al campo clínico y propuestas para investigaciones futuras	143
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146
ANEXO I	197
ANEXO II	200

Dedicada a:

- mi esposo, Norberto Amado
- mis hijos, Sebastián, Gastón, Priscila y Paola
- mis nietos, Tomás y Sofía
- la memoria de mis padres, Marcelo y María Esther
- la memoria de mi maestro, Paul Waztlawick

AGRADECIMIENTOS

Siempre existen varias personas detrás de un trabajo de tesis doctoral, y muchas más, cuando su concreción insumió años. Vaya mi profundo agradecimiento a:

- La Universidad del Salvador, y en particular a los Dres. Gabriela Renault y Alfredo Lopez Alonso, por la tolerancia infinita que manifestaron y el contexto brindado para la elaboración de esta tesis
- Mi Director de tesis, el Dr. Héctor Fernández Alvarez. Sin su permanente diálogo esclarecedor y pertinaz apoyo, probablemente este trabajo no se hubiera enriquecido ni visto el fin
- Mi Co-Directora, Lic. Silvia Tornimbeni, por su constante y valiosa orientación metodológica, y la validación de ideas complejas y no convencionales en el campo de la investigación científica
- El Lic. Hugo Hirsch, con quien elaboramos el instrumento de evaluación, y por tantos años compartimos la amistad y tarea profesional que nos permitió perfeccionarlo
- Las Licenciadas Norma Pollán, Marisa Bastida, Evangelina Regner y Natalia Mallea. Sus tareas, en diferentes tramos, me aportaron información indispensable para la fundamentación teórica, la obtención, y el procesamiento de los datos
- La Lic. Alicia Facio, quien con su mirada aguda de investigadora y clínica, me desafió afirmaciones, me planteó preguntas, y me ayudó a ver hacia dónde continuar en lo que todavía ignoramos
- Mi secretaria Carina Coletti, por su dedicación incansable a la tarea de digitalización de los datos
- El Lic. Marcelo Mateo y la Prof. Anabel Gaitán, por el apoyo sostenido a lo largo de años, y la corrección y ordenamiento finales

- Los pacientes y sus familias, que me estimularon a plantear una hipótesis y me brindaron la materia prima para la investigación
- Mi esposo, hijos y nietos, que generosamente me regalaron horas preciosas de la vida familiar
- Tantos otros, que de maneras diversas y menos visibles, colaboraron en el proceso plasmado en esta tesis.

1. INTRODUCCIÓN

"La lección más importante que el hombre puede aprender en vida no es que en el mundo existe el miedo, sino que depende de nosotros sacar provecho de él y que está permitido transformarlo en valor"

R. Tagore

El problema de los temores en los seres humanos ha sido probablemente tan antiguo como la humanidad, y como lo consideraron diversos autores desde distintos enfoques teórico-prácticos en el campo de la Psicología y la Psicoterapia, implica una contradicción en sí mismo.

Los seres humanos estamos dotados de un sistema nervioso que funciona exquisitamente bajo determinadas circunstancias, cuando ante la percepción de un peligro que provoca un episodio de miedo, prácticamente todo el organismo se ve afectado: en su *nivel fisiológico* se observan reacciones (transpiración, aceleración del ritmo cardíaco, temblor y otras); en el *aspecto cognitivo* hay anticipaciones de amenaza, desgracia o fracaso; en el *motivacional* se producen deseos de evitación o alejamiento respecto a la situación peligrosa; en lo *emocional* hay una sensación subjetiva de miedo que puede llegar hasta el terror; en el *nivel conductual* se dan cambios o inhibiciones en las diversas áreas del comportamiento.

La paradoja implicada en estas respuestas humanas de temor reside en que, si bien ellas tienen un cariz adaptativo, y ayudaron a nuestros ancestros a sobrevivir en situaciones de peligro real, bajo determinadas circunstancias, la ansiedad o miedo provoca reacciones de intensidad tal que bloquea y desadapta a los individuos respecto a las situaciones temidas, debilitándolos e impidiéndoles lidiar efectivamente con ellas.

Diversos modelos y teorías referidos a los problemas en el campo psicológico -tales como el psicoanálisis, la teoría del apego, el conductismo, los modelos cognitivo y sistémico- han desarrollado a lo largo del tiempo distintas posiciones e ideas explicativas acerca de cómo se originan y funcionan frente a las diversas situaciones de la vida los temores y ansiedades humanos, poniendo más énfasis en alguno o algunos de los componentes intrapsíquicos o relacionales implicados en dichos problemas. En el afán de encontrar caminos para su resolución, y en coherencia con las diferencias en las premisas teóricas, se produjeron líneas de desarrollo diferentes en el campo psicoterapéutico (Freud, S., 1943; Bowlby, J., 1969,1973; Lazarus, A., Abranowitz, A. (1962); Beck, A., Emery, G.(1985); Fisch, R.; Weakland J., Seagal, L. (1988); Nardone (1997, 2002, 2004). En los últimos años, las Neurociencias adicionaron conocimiento al campo, fundamentado en el desarrollo de metodologías más sofisticadas propias del área de estudio.

En el campo de la Psicología y Psicopatología infantil, y debido al hecho de que los miedos y ansiedades en los niños son fenómenos bastante comunes que en la mayoría de los casos duran periodos cortos (Creske, 1997), muchos psicólogos infantiles llegaron a la conclusión falsa de que estos fenómenos no requerían de investigación profunda (Cartwright-Halton, Mc Nicol, Doubleday, 2006).

En la década pasada, los estudios epidemiológicos fueron demostrando que los desórdenes de ansiedad están entre los de mayor prevalencia en niños y jóvenes: entre el 2% y el 27% de los niños los sufren (Costello, Egger y Angold, 2004). Asimismo, hay información acerca de que una proporción significativa de estos trastornos infantiles presentan un curso crónico, y que, aunque pueden modificar su manera de expresión, perduran hasta la adultez (Biederman, Petty, Faraone y otros, 2005).

A partir de datos recabados en la experiencia, se produjo un cambio de visión en clínicos e investigadores. Es así como, desde el comienzo de la década de los 80, pocos problemas han merecido tanta atención en el campo psicológico y psiquiátrico como las ansiedades y miedos infantiles.

Probablemente unido al diagnóstico epidemiológico, el grado de sufrimiento que entrañan, y seguramente el pronóstico -que anticipa un crecimiento mayor en relación a otros trastornos mentales en la próxima década- sean todas razones suficientes para justificar la dedicación al tema. En particular, la Organización Panamericana de la Salud ha puesto especial énfasis en el campo de las enfermedades mentales, y si bien no se refiere específicamente a los trastornos de ansiedad -pero los incluye- pronostica un aumento notorio de ellas en los años venideros, y recomienda su investigación para la prevención (Revista de la OPS, 2005).

En coherencia con estos datos, un informe provisto por el Health System de la Universidad de Virginia realizado sobre grandes poblaciones en el 2004 (Healthsystem.virginia.edu, 2004), muestra que entre el 5 y el 20% de los niños serán diagnosticados con algún tipo de trastorno de ansiedad en Estados Unidos en los próximos años.

Si bien en nuestro país no disponemos de estadísticas generales oficiales, los temores en los niños son motivos de consulta relativamente frecuente. En nuestra institución privada, en los últimos 20 años, alrededor del 15% de las consultas familiares han referido a niños con uno o más tipos de miedos o ansiedades exacerbados, que impedían su funcionamiento adaptativo en una o más áreas de la vida cotidiana. En estos casos, también se manifestaban afectados o angustiados por el problema, algunos miembros convivientes o en contacto cercano: padres, hermanos, abuelos, maestros, por mencionar los ejemplos más típicos.

Hasta la actualidad disponemos de frondosa investigación relativa a los denominados en el consenso científico mundial **"trastornos de ansiedad"** (DSM-IV-TR), estudios desarrollados fundamentalmente en países del primer mundo, desde modelos psicológicos y psicoterapéuticos centrados en una visión individual y asentados epistemológicamente en una lógica científica causal lineal.

Desde los diversos enfoques que enfatizan distintos componentes o variables intervinientes en este tipo de problemas, se entienden las conductas de miedo o ansiedad como producto de cogniciones, emociones o reacciones disfuncionales propias del paciente, como aprendizajes desadaptativos, o bien como efecto de relaciones tempranas o actuales generadoras de patología en el niño.

En los últimos años, y en coincidencia con el desarrollo de tecnología médica específica, las neurociencias han adicionado saber relativo al funcionamiento cerebral de los infantes que sufren de ansiedad, y si bien no ha logrado aislarse un gen específico hasta nuestros días (Kendler, 1996; Marquez-Lopez Mato, 2003), parece que es el conjunto de pequeñas aportaciones de muchos genes de diversas áreas de los cromosomas, el que nos hace vulnerables a la ansiedad (Plomin, 1997).

Hoy, la mayoría absoluta de los profesionales del campo de la conducta afirman que existen factores biológicos, psíquicos individuales, y familiares o macro-ambientales (redes sociales inmediatas, vecindarios, medios masivos de comunicación, cualidades de funcionamiento de las diversas sociedades y culturas), que aportan al origen y/o mantenimiento de estos problemas (Dadds, M.R.; Barrett P.M., 1996; Muris, 2007; Sluzki, 2007). Como bien expresan Rutter (2000a) y Plomin et al. (1997), los factores ambientales e interpersonales juegan un rol central, algunas veces disparador, en la determinación de los resultados de las conductas en niños con riesgo genético. Más aún, "tanto activa como pasivamente las influencias genéticas pueden afectar las condiciones ambientales relativas a los problemas sociales y de salud" (Rutter, 1997). Esta influencia mutua observada entre natura y ambiente, llevó al acuñamiento del concepto de "interacción gene-ambiental", que últimamente viene acrecentando su tendencia a la investigación empírica respecto a cuánto y cómo la genética se expresa directamente en conductas, o cuánto se ve afectada por, y afecta a los contextos sociales. Estudios relativamente recientes desde una óptica genética interactiva, apoyan ambos tipos de influencia (Rutter, Pickles, Murray y Eaves, 2001; Trevarthen y Aytken, 2001; Weltzer, 2004; Rolland y Williams, 2005). Los mencionados

descubrimientos en la interacción gene-ambiental ayudan a comprender que la predisposición genética puede moderar o amplificar el impacto de conductas de las personas cercanas significativas, pero también y a la recíproca, estimular conductas en los otros que disminuyan o aumenten la probabilidad de que aparezca en el niño con predisposición genética, la disfuncionalidad o patología. En este mismo sentido, G. Gabbard (2000) afirma que la terapia familiar, que modifica la interacción parento-filial, es capaz de modificar la expresión genética en el niño.

Resulta interesante remarcar en relación a estos avances científicos, que el trabajo clínico nos aporta permanentemente evidencia de que un niño con temores intensos o invalidantes –más allá de su predisposición genética o de personalidad- afecta a sus seres cercanos, y éstos responden a la vez con conductas que no favorecen la evolución positiva o desaparición de los mismos, instalándose y manteniéndose con el correr del tiempo, el problema que los trae a consulta.

No obstante, resulta aún muy difícil introducir en el campo de la investigación empírica una mirada circular y clínica, que permita poner foco en los circuitos comportamentales de retroalimentación mutua –o “causalidad recíproca”- entre el niño con temores y su contexto social inmediato. Mark Frazer (2004) alude no sólo a la dificultad que implica el cambio epistemológico para aceptar esta interpretación, sino también a la complejidad de variables a observar cuando se trata de investigar fenómenos conductuales desde una visión ecológica o sistémica. Investigadores que se han dedicado específicamente al campo de las ansiedades y miedos infantiles y adolescentes, coinciden en que las metodologías científicas hasta hoy implementadas, dificultan extraer conclusiones claras y más contundentes respecto a esta temática (J. Hudson y R. Rapee, 2005; P. Muris, 2007)

El objetivo del presente trabajo es investigar desde una epistemología sistémica-circular, específicamente desde los supuestos del Mental Research Institute de Palo Alto (California, USA), cómo se presentan en la clínica las tradicionalmente llamadas fobias y ansiedades infantiles, categorizadas en el

DSM IV (APA, 1995) y DSM IV-TR (APA, 2000) como *"trastornos de ansiedad"*. Desde dicho enfoque, que contextualiza el problema y lo pone en visión interaccional, no existe investigación empírica realizada en poblaciones infantiles. Hace algunos años, Giorgio Nardone (1995) se abocó a un interesante trabajo que guarda algunas similitudes con el presente, en población italiana adulta, y cuyas implicaciones para la terapia fueron publicadas en su libro *"Miedo, pánico, fobias: La terapia breve"* (1997).

El análisis de variables interactivas sociales implicadas en los miedos, fobias, y ansiedades infantiles, se vuelve relevante a mi modo de entender, por varios motivos de índole teórico-práctica:

- a) permitirá una comprensión de estos problemas desde una perspectiva novedosa en el campo científico, sin investigación empírica previa en poblaciones infantiles
- b) el conocimiento de las creencias compartidas y los patrones interaccionales asociados a los temores infantiles -incluyendo al niño que los sufre y a su contexto social inmediato- aportará un tipo de diagnóstico relacional, relativamente fácil y rápido de construir.
- c) este enfoque diagnóstico contextual-sistémico posibilitará a la vez, orientar al profesional interviniente hacia su tratamiento focalizado en plazos breves, con la colaboración de todos o simplemente algunos de los involucrados en el problema.
- d) del mismo podrían inferirse, en el futuro, reglas de prevención. El establecimiento de regularidades disfuncionales en relación a las conductas de miedos, fobias y ansiedades infantiles, que probablemente no sean exhaustivas pero sí ampliables en sucesivas investigaciones, podría abrir lineamientos acerca de

"qué no es conveniente hacer" cuando un niño manifiesta temores exacerbados o invalidantes.

En coherencia con lo expuesto precedentemente, resulta pertinente agregar las siguientes opiniones de Alan Kazdin (2000): "es dable pensar en las bondades de reducir el sufrimiento de los niños y prevenir o atenuar las discapacidades o desadaptaciones que para la vida adulta –cada vez más larga- se asientan en los años infantiles" ... "la importancia del conocimiento de los trastornos infantiles y sus tratamientos eficaces, es obvia también por el incremento en los costos de Salud Mental". En una dirección análoga, William Pinsof (1995) y John Norcross y Marvin Goldfried (2005), enfatizan la importancia de profundizar el conocimiento teórico y técnico de las terapias centradas en la resolución de problemas y la integración de modelos. Estos últimos expresan específicamente: "la conciencia creciente de que ningún abordaje es clínicamente adecuado para todos los pacientes y situaciones" y, con el 90% de los pacientes (en EEUU) cubiertos por los sistemas gerenciados de salud, las terapias breves se han vuelto el tratamiento "de facto".

Cabe finalmente considerar que, en nuestra sociedad argentina actual, en particular, la racionalización de recursos de diversos tipos: energía, tiempo, dinero y esfuerzo, ha dejado de ser algo sólo deseable, para convertirse en una cualidad ética necesaria en nuestro quehacer profesional en sus diversas prácticas. La comprensión de los problemas de los miedos, fobias, y ansiedades infantiles, que abran alternativas de acción preventivas y/o terapias efectivas y eficaces (en los términos de Nathan, Stuart y Dolan, 2000) se enmarca en esta dirección posible y necesaria.

La información referida al tema de investigación, se realizará según la siguiente secuencia:

En el capítulo 1 se especificarán los conceptos tradicionales de "miedo", "fobia" y "ansiedad" y se sintetizarán los aportes fundamentales realizados para su comprensión y tratamiento en el campo psicológico, psicopatológico, psicoterapéutico y de las neurociencias, desde diversos modelos y teorías.

Asimismo, se debatirán críticamente los instrumentos y clasificaciones implementados para evaluar y diagnosticar hasta nuestros días dichos problemas.

En el capítulo 2 se plantearán la hipótesis de trabajo y los objetivos de la investigación clínica, considerando a los temores infantiles disfuncionales (miedos, fobias y ansiedades) desde una perspectiva sistémica, incluyendo la descripción de los instrumentos de evaluación, la metodología de trabajo, las características de las muestras a analizar, y las técnicas de recolección y análisis de los datos.

En el capítulo 3 se presentarán los resultados obtenidos del análisis cuali-cuantitativo de las muestras estudiadas.

En el capítulo 4 se presentarán las conclusiones inferidas del análisis estadístico, y se debatirán las posibles líneas de desarrollo para investigaciones futuras.

En los Anexos I y II se incluirán los modelos de registro de entrevistas, implementados para la recolección y análisis de los datos clínicos.

1. LOS MIEDOS, FOBIAS, Y ANSIIDADES INFANTILES

1.1 Conceptos

En el campo de la ciencia psicológica y la psiquiatría infantil se manejan conceptos diversos referidos a los miedos, las fobias y las ansiedades de los niños, que es necesario distinguir y especificar en relación a los objetivos del presente trabajo de investigación.

Comenzando con las acepciones de diccionario, el Webster International Dictionary (1981) define la palabra *temor* como: *"la posibilidad de que algo temido, terrible o no deseado pueda ocurrir"*. Esto refiere a la evaluación o estimación de que hay un actual o potencial peligro implícito en la situación dada, es decir a un proceso cognitivo como diferenciado de la reacción emocional.

El término *ansiedad*, por otro lado, deriva del latín *"angere"* y el mencionado diccionario la define como: *"estado emocional tenso frecuente, caracterizado por síntomas físicos como tensión, temblor, sudoración palpitación y pulso incrementado"*. Esto refiere a una sensación de choque o avasallamiento emotivo experimentada por individuos ansiosos.

El término *fobia* deriva del griego Phobos, una divinidad griega que era capaz de provocar temor o pánico entre sus enemigos, y el Webster la define como: *"un exagerado y frecuentemente inhabilitante temor"*.

En el mismo, el término *pánico* está definido como: *"temor sorpresivamente abrumador, acompañado por intentos crecientes o frenéticos de garantizar seguridad"*. Éste refiere por ende, a un estado agudo e intenso de ansiedad asociada con otros síntomas dramáticos fisiológicos, motores y cognitivos, que producen un deseo desesperado de obtener ayuda o huir.

Desde una vertiente psiquiátrica infantil clásica, J. de Ajuriaguerra (1977) menciona cuatro conceptos relativos al tema de esta investigación:

- **ansiedad:** caracterizada por un sentimiento de peligro inminente, con actitud de espera que provoca un desorden más o menos profundo, difícil de compartir, y a la cual se le otorga un carácter de generalidad. No está referida por lo tanto a ningún objeto o situación particular
- **angustia:** referida a la manifestación corporal, al "angor" con sus manifestaciones constrictivas y neurovegetativas, que separa su valor neurofisiológico del existencial de la ansiedad. Especifica que *"si se aborda este problema desde el punto de vista del desarrollo infantil, esta separación no parece justa"*, debido a que en el niño las emociones se manifiestan de diversas formas, desde expresiones motoras de sobresalto hasta reacciones de tensión corporal diversas
- **miedo o temor:** una reacción de defensa como respuesta de huida o inmovilización que tiene como objeto una situación real y presente. Critica este concepto, especificando que *"un niño que no distingue todavía lo real de lo irreal, y en el que la debilidad o la inexperiencia no permiten que pueda defenderse, experimentará miedos que son muy vecinos a la angustia (ansiedad)"*, como asimismo que *"pueden ser consecuencia de insatisfacción real o perturbación frente a los objetos evocados por la elaboración fantasmática. El objeto fuente de peligro puede ser tanto un objeto externo como un objeto interno"*
- **fobias:** temores injustificados y no razonables ante objetos, seres, o situaciones de los cuales el sujeto reconoce lo ilógico, pero lo dominan repetidamente, y tienen como consecuencia una inhibición en el campo de la acción y frecuentemente en el de la

representación. En este sentido aclara el autor que: *"las fobias son muy frecuentes en el niño, hasta el punto de que Sigmund Freud dijo que la fobia era la neurosis normal de la infancia"* (J. de Ajuriaguerra, 1977, pag.635)

En síntesis, de Ajuriaguerra sostiene que, conceptualmente habría que hacer una distinción entre fobia, angustia difusa o ansiedad, y miedo, pero que cuando se trata de niños, hay frecuentes confusiones entre los autores que se ocupan del tema, y notorias dificultades para diferenciar de manera precisa entre los tres conceptos. Agrega que: *"estas descripciones puramente formales no nos permiten por sí mismas considerar los estados de miedo como patológicos sin tener en cuenta la formación del Yo y sus mecanismos de defensa. Lo que importa saber es hasta qué punto estas quejas pueden ser superadas o quedar relativamente aisladas, sin afectar el desenvolvimiento de la vida del niño"*

Por su lado, Sutherland, Amit y Weiner (1977), desde una óptica conductista, definen:

- **la fobia específica:** un temor irracional hacia un objeto o situación particular. Una vez que la fobia se ha desarrollado completamente, el individuo hará cualquier cosa que esté en sus posibilidades para evitar ponerse en contacto con el objeto o situación temida, o con cualquier cosa que se haya asociado fuertemente con ese objeto o situación.
- **las fobias generalizadas:** temores difusos y extremadamente impregnantes que no refieren a situaciones u objetos específicos. Se consideran una condición previa más que una respuesta a los estímulos externos, y pueden referirse clásicamente a miedos anticipados que surgen frente a situaciones amplias y diversas en las que se percibe que no puede obtenerse ayuda (agorafobia) o frente a situaciones donde escapar puede resultar difícil

(claustrofobia). En ambos casos, los temores llevan al sujeto que las sufre a evitarlas.

Ellos ponen el acento en la mencionada conducta evitativa, y como consecuencia de ella, *en los efectos de "restricción de las actividades normales de la vida"* en cada etapa evolutiva.

Isaac Marks (1969), desde una perspectiva cognitiva define:

- **miedo**: es un fenómeno evolutivo que indica la presencia de un peligro al que se le adjudica una cualidad de temible, es transitorio, y permite que se generen y consoliden medios y recursos para enfrentar con éxito situaciones estresantes de la vida
- **fobia**: es un miedo desproporcionado al peligro de la situación, que se acepta como irracional e involuntario, no se corresponde a la edad o nivel evolutivo, y es persistente e intenso. Estas cualidades *llevan al niño a evitar la situación temida, y en consecuencia conllevan una perturbación grave de su vida normal o de su entorno cercano*

Por otro lado, y en el campo psiquiátrico actual, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en sus últimas versiones (DSM IV, 1995; DSM IV-TR, 2000), refiere a los miedos, fobias y ansiedades como pertenecientes a la categoría de "trastornos de ansiedad". Distingue en la infancia:

- **trastornos de ansiedad por separación**: ansiedad excesiva o inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado

- **crisis de angustia o ataque de pánico:** aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de ciertos síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos. Frecuentemente se acompañan de una sensación de peligro o muerte inminente y una urgente necesidad de escapar.
- **fobia social:** temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás, habiendo demostrado —en el caso de un niño— que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad aparece en las reuniones con pares de su edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto
- **agorafobia:** ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil, o donde si aparece angustia inesperada puede no disponerse de ayuda. Es necesario distinguirla de la fobia social, por separación, post-traumática o alguna fobia específica
- **fobia específica:** temor acusado y persistente excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos, tales como animales, inyecciones, sangre, la escuela, etc.
- **trastorno de ansiedad generalizada:** ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, difícil de controlar, cuya duración se prolonga más de 6 meses

- **trastorno por estrés postraumático:** el niño ha estado expuesto ("in vivo" o por relatos) a una situación caracterizada por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, a la que ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente de diversas maneras (juegos repetitivos, sueños terroríficos, etc), y hay una evitación también persistente de estímulos asociados al trauma junto a embotamiento de la reactividad general del sujeto, que no estaban presentes antes del trauma
- **trastorno por estrés agudo:** aparición de ansiedad de manera semejante al estrés postraumático, que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo
- **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:** la ansiedad clínicamente significativa, prominente y generalizada, se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica, que no se explica por otro trastorno mental
- **trastorno de ansiedad inducido por sustancias:** ansiedad o crisis de angustia producido por intoxicación o abstinencia de medicamentos en el primer mes de administración o suspensión, los que se relacionan etiológicamente con la alteración, sin explicarse la ansiedad por otra causa

Estos manuales definen entonces la clase "**trastorno**" para las ansiedades, y explicitan los criterios de pertenencia a cada uno de los sub-tipos que distinguen.

Desde la vertiente de la investigación empírica, P. Muris (2007) sostiene que "**miedo**" y "**ansiedad**" son dos conceptos diferentes en sus manifestaciones, funciones y sustratos biológicos. El análisis factorial de los

síntomas en jóvenes ansiosos ha logrado identificar dos factores separados: el primero, *miedo*, se caracteriza por la activación autonómica y comportamientos de lucha-huida, que surgen cuando hay una amenaza próxima, cierta o detectada. El segundo factor, *ansiedad*, está tipificado por tensión, aprensión y preocupación, y puede manifestarse sin la presencia de un peligro actual, como una estrategia cognitiva de evitación de amenazas más distantes o futuras (Chorpita, Albano y Barlow, 1998; Barlow, 2002; Craske, 2003). En ambas emociones negativas, hay involucrados circuitos cerebrales diferentes: los sistemas más primitivos subcorticales en el miedo, mientras que en la preocupación o ansiedad, predominantemente está involucrada la activación cortical izquierda que inhibe la actividad autónoma para facilitar el proceso cognitivo y la planificación para lidiar contra el peligro.

No obstante ser conceptualmente discernibles, estudios realizados en poblaciones infantiles no-clínicas (Muris, Merckelbach, Mayer y Meesters, 1998) *"muestran la dificultad para separar estos fenómenos, ya que no sólo los miedos infantiles están relacionados a síntomas de fobias, sino que también frecuentemente reflejan otros desórdenes de ansiedad"*.

Analizando las diversas acepciones mencionadas para los miedos, fobias y ansiedades, encontramos ciertas *cualidades comunes* que nos permiten caracterizarlos y definirlos en la infancia, más allá de cuál haya sido la fuente de información de la que proviene su conceptualización, y la clase o tipo a que se refieren:

- a) hay una anticipación o percepción presente de un objeto, persona o situación, internos o externos, a los que se le adjudican cualidades terribles de diversa intensidad (desde inquietante hasta horripilante o catastrófica)
- b) que siempre generan en el niño una sensación de estar amenazado o en peligro, él mismo o los demás

- c) que el infante percibe escasa capacidad para defenderse o posibilidad de luchar y tener control sobre dichos estímulos amenazantes
- d) que en consecuencia se tratan de evitar, lo cual interfiere disminuyendo o bloqueando conductas de adaptación a las situaciones habituales de la vida infantil, en distintas áreas, grados y tiempos de permanencia
- e) que se acompañan de sensaciones físicas o fisiológicas, más o menos desagradables, según el grado de conciencia de afectación que pueda tener el niño de ellas

Estas cualidades mencionadas, permiten construir una **meta-definición** de los miedos-fobias-ansiedades infantiles, como *"conductas de anticipación o presencia de objetos, personas o situaciones internos o externos amenazantes o peligrosos para el sujeto que los percibe y vivencia, frente a los cuales no se atisban desde quien las sufre posibilidades o recursos para afrontarlos con efectividad, por lo que siempre se acompañan de conductas consecuentes de evitación e inhabilitación, lo que a su vez interfiere la adaptación funcional en diversas áreas de la vida en grados y tiempos variables, acompañadas de sensaciones físicas o fisiológicas más o menos concientes, y por ende, más o menos desagradables"*.

A esta meta-definición podemos denominarla **"temores disfuncionales"**, considerando, con visión abarcativa, los constructos particulares derivados de diversas ópticas, y numerosas observaciones de clínicos e investigadores.

Un problema crucial en la temática de los temores infantiles, está relacionado con el criterio de cuándo considerarlos un trastorno psicopatológico, que puede requerir de tratamiento profesional, y cuándo se trata de temores propios de la evolución psicológica normal, que todo niño

manifiesta en distintas etapas de la vida. Este tema ha sido, y continúa siendo, una preocupación más o menos explícita en la mayoría de los clínicos e investigadores del campo.

De hecho, los términos "fobia" o "trastorno de ansiedad" aluden a un criterio de diagnóstico psicopatológico, mientras que cuando nos referimos a "temores" los asociamos a los miedos y ansiedades normales o evolutivos: las ansiedades ante desconocidos que caracterizan a los niños entre 7 y 11 meses de edad, las ansiedades de separación que experimentan casi todos los niños entre los 18 meses y los 3 años de edad, los terrores nocturnos frecuentes entre los 3-4 años, el miedo a la escuela entre los 6-7 años, por ejemplo. Todos ellos son fenómenos típicos de la etapa del desarrollo psicológico por la que atraviesa el niño (Spitz, R.A., 1950; Vasta, R.; Haith, M.; Miller, S., 1996; Warren y Sroufe, 2004).

Más allá del aporte de los expertos de la Psicología del Desarrollo, existen numerosos estudios empíricos, incluyendo algunos trans-culturales, que permitieron concluir que la mayoría de los niños desarrollan temores evolutivos que desaparecen espontáneamente con el paso del tiempo. Ollendick et al. (1989, 1996), y Mellon, Koliadis y Paraskevopoulos (2004), encontraron que entre los 7 y 17 años los 10 temores más comunes en muestras no-clínicas referían a: miedo a no ser capaz de respirar, a ser arrollado por un auto, a ataques de bombas o ser invadidos, a quedar presos de un incendio, a caer de un lugar alto, a ladrones en la casa, a terremotos, a la muerte de personas cercanas, a enfermedades, y a serpientes.

Con el paso del tiempo, y los cambios culturales consecuentes, los niños y jóvenes se han visto enfrentados a nuevos estímulos y situaciones amenazantes, que adicionaron ítems a la lista previa: miedo a la burla de compañeros o el "bulling" en la escuela, al abuso sexual, a la violencia doméstica, a ser secuestrado, a ciertas enfermedades (por ejemplo el SIDA), a las películas de terror (Fishkin, Rorhbach y Anderson-Johnson, 1997; Muris y Ollendick, 2002).

Resulta interesante remarcar también que, otros investigadores que analizaron muestras extensas no-clínicas entre 5 y 17 años (Bell-Dolan, Last y Strauss, 1990; Spence, 1997; Spence, Rappe, Mc Donald e Ingram, 2001), hallaron que los niños y adolescentes que nunca desarrollaron ningún problema psiquiátrico severo, ni por los que se consultaba, mostraban una alta prevalencia de síntomas de ansiedad correspondientes a los criterios del DSM-IV: fobia social, ansiedad de separación y ansiedad generalizada, entre los más recurrentes.

Como expresan Craske (1997) y Gullone (2000), *todos estos hallazgos permiten justificar la conclusión de que los temores, las fobias, y las ansiedades, parecen ser partes componentes del desarrollo normal de los niños.*

Si atendemos a lo expresado precedentemente, se vuelven interesantes entonces, dos preguntas:

- a) ¿Cómo es que en algunos niños los temores (miedos, fobias y ansiedades) desaparecen por sí solos con el correr del tiempo, mientras que en otros permanecen y se convierten en un problema que con frecuencia se llevan a consulta psicológica o médica?
- b) Cuando no desaparecen espontáneamente, y son llevados a consulta, ¿priorizamos un criterio "objetivo" nosológico, que los clasifique como "miedo", "fobia", o "trastorno de ansiedad", o bien, consideramos que cuando alguien o algunos -se trate del niño que los manifiesta y/o los adultos que lo evalúan- perciben y construyen la categoría de temor exacerbado, indeseable e inhabilitante, es suficiente para considerarlo una disfunción o "patología"?

Las cuestiones atinentes a la primera pregunta, se expondrán a continuación bajo el título *"Aportes actuales relevantes al tema de los temores*

disfuncionales infantiles". Las referidas a la segunda, se desarrollarán subsiguientemente en "Modelos de diagnóstico de los temores infantiles disfuncionales: desde dónde se construyen y para qué".

1.2 Aportes actuales relevantes al tema de los "temores disfuncionales" infantiles

A lo largo del siglo XX y la actual centuria los *temores disfuncionales* (miedos-fobias-ansiedades) han sido enfocados y tratados desde diversas teorías, modelos, y epistemologías, incluyendo a la Psicología del Desarrollo, la Psicopatología General y del Desarrollo, la Psiquiatría, las Psicoterapias, y más recientemente, las Neurociencias.

1.2.1 Aportes de la Psicopatología General y las Psicoterapias

Comenzando con la **Psicopatología General y las Escuelas de Psicoterapia** que se desprendieron de sus desarrollos conceptuales, el "caso Hans" (S. Freud, 1909/1955) ha sido el prototipo de la interpretación de las fobias infantiles que, desde el enfoque psicoanalítico, circuló vastamente por el mundo de la Psiquiatría y las Psicoterapias por muchos años. Más allá del famoso niño que, atrapado en su complejo de Edipo desarrolló "por desplazamiento" una fobia a los caballos, S. Freud usó su sagaz mirada clínica para ilustrar y desarrollar las nociones teóricas referidas a la génesis del comportamiento neurótico, que situó en los primeros 5/6 años de vida.

Él distinguió entre ansiedad realista y neurótica, definiendo a la primera como la manifestación del instinto de conservación. En 1926, propuso que la ansiedad neurótica resulta de la percepción de un peligro interno, como manifestación afectiva que ocurre cuando los impulsos inconscientes luchan por devenir conscientes; la ansiedad es resultado del temor a las consecuencias negativas si los mecanismos de defensa fallan, y permiten a las demandas del Ello que empujen a la persona hacia acciones instintivas e impulsivas rechazadas por el Yo.

A. Freud (1936) retomó los conceptos de su padre y adicionó desarrollos al tema de cómo el Yo infantil puede implementar mecanismos de defensa frente a las angustias y los conflictos inconscientes.

M. Klein, en 1948, sostuvo que la ansiedad surge tempranamente en los niños por la impotencia de poder responder o reaccionar a los estímulos frustrantes por parte de la madre, lo cual genera represión por parte del Super-Yo de las excitaciones provenientes del Ello. Distingue las ansiedades paranoides (que surgen cuando el Yo se siente aniquilado), de las ansiedades depresivas (que surgen por el daño hecho a los objetos amados, que provocan los impulsos destructivos).

En coherencia con estas teorías, la terapia psicoanalítica propende a que dichos impulsos inconscientes rechazables se vuelvan conscientes, y el yo los integre adaptativamente a las situaciones de la realidad. En los niños, específicamente, se implementan técnicas interpretativas de los impulsos, deseos y conflictos inconscientes que se manifiestan en juegos, dibujos, sueños y expresiones verbales libres, que van surgiendo en las sesiones de terapia.

Los enfoques conductuales por su parte, ponen el acento en que las conductas fóbicas son aprendidas, y el temor hacia ciertos objetos o situaciones lleva inmediatamente a una restricción de la conducta adaptativa: la evitación del objeto o situación temida. Sutherland y Amit (1977) dicen: "la única diferencia entre el desarrollo de un temor normal y el de una fobia, es que la segunda variante de miedo es irracional e inapropiado"... "y en un segundo escalón, se produce el aprendizaje de un patrón de evitación".

Por lo tanto, el problema psicopatológico está focalizado más en la reacción conductual que en la ansiedad que la provoca, y el objetivo del tratamiento es básicamente un proceso de re-educación terapéutica, de aprendizaje de otros comportamientos que permitan lidiar con o enfrentar dichos objetos/ situaciones con efectividad.

Para el logro de este objetivo, el Modelo propone básicamente dos caminos: la exposición progresiva o desensibilización a lo temido en la imaginación o en vivo, y la implosión o exposición permanente hasta que la ansiedad decaiga.

La Escuela cognitiva supone que los estímulos de diverso orden son procesados, interpretados o evaluados por el individuo como temibles, lo cual elevará la ansiedad y las creencias acerca de la vulnerabilidad o incapacidad para responder a ellos, y esto a su vez vuelve a elevar la ansiedad y moviliza reacciones inadaptativas frente a dichos estímulos, lo cual a su vez refuerza la noción de déficit en el sujeto (Beck, Kendall; 1985).

De esta manera el sistema de cognición-emoción-reacción están entrelazados constituyendo un "esquema" o constelación cognitiva que es necesario modificar, para convertir a la conducta fóbica en una adaptativa. Según H. Fernández Álvarez (1992), las técnicas más difundidas para el logro de este objetivo son: el auto-registro, la re-categorización, el modelado, el afrontamiento y el cambio del sistema de atribuciones o significados personales.

Desde el punto de vista sistémico-familiar se entiende que las conductas de temor "aparecen en relación a, y forman parte de" ciertos patrones interaccionales del contexto significativo para un sujeto, entre los cuales la familia representa el más estable y permanente a lo largo de la vida (Minuchin, 1984; Haley, 1980; Fisch, Weakland y Segal, 1984). Es en los sistemas de relaciones más o menos estables donde se aprenden, se comparten y adjudican significados y valoraciones a las conductas de sus miembros, y se reacciona mutuamente a dichas significaciones, creencias o narrativas (Gergen y Gergen, 1984; Anderson y Goolishian, 1988; White y Epston, 1993), que mantenidas a lo largo del tiempo, estabilizan ciertos patrones de conductas interactivas impidiendo que se actualicen otros.

Desde este enfoque -que abre la mirada a los contextos sociales en los cuales los individuos están inmersos y a la vez construyen y transforman- cobran importancia cómo se significa la conducta-problema y cómo reaccionan a la misma las personas involucradas en dichas significaciones, incluyendo al niño con temores. Las diversas escuelas de Terapia Familiar comparten estos supuestos, aunque cada una de ellas distingue cuál es el patrón significativo o

el nivel a priorizar (semántico u organizacional) que considera fundamentalmente involucrado en la disfuncionalidad.

En consecuencia, el objetivo terapéutico se refiere al cambio de los patrones interaccionales y/o significaciones que sustentan y mantienen las conductas de temor disfuncional, por nuevas alternativas semánticas y de acción, funcionales y adaptativas (Keeney, 1987).

1.2.2 Aportes de las Neurociencias

Desde otra óptica, las **Neurociencias**, y en especial la **Psiconeuroinmunoendocrinología**, vienen desarrollando en los últimos años investigaciones que permiten diferenciar el miedo de la ansiedad a nivel sintomático, pero que comparten a nivel neurobiológico la activación de las vías noradrenérgicas a partir del "locus coeruleus". No obstante *"a diferencia del miedo que dispara las respuestas de lucha y huida a través de este mecanismo biológico, la ansiedad activaría el sistema noradrenérgico junto a las vías serotoninérgicas que se originan en los núcleos del rafe"*. El resultado es una reacción inicial de tipo lucha o huida, que inmediatamente es suprimida por la activación de las vías serotoninérgicas inhibitorias" (Vazquez, Cetkovich-Bakmas, 2003).

También Fernández Labriola (2001) sostiene que la regulación del sistema noradrenérgico constituye una variable crítica en la iniciación y manifestación de la ansiedad, donde las células del "locus coeruleus" con sus axones que se proyectan a la mayor parte de las áreas cerebrales, se ramifican y ponen en contacto con una vasta variedad de neuronas del córtex, del sistema límbico, el tálamo y el mesencéfalo, comprometiendo a este sistema en la patogénesis de la ansiedad y sus manifestaciones múltiples a nivel psíquico y corporal. Debido a que el sistema noradrenalina no madura en forma completa hasta la adolescencia, los estudios epidemiológicos corroboran un aumento claro de la incidencia y frecuencia del trastorno por angustia entre los 15 y 40 años de edad, dato probablemente ligado a la valoración de los

sistemas neurotransmisores-receptores. Pero también agrega este autor que *"el sistema adrenérgico no es el único involucrado en la patogénesis de la ansiedad"...* *"se puede considerar un modelo integrado abarcando la modulación por el sistema GABA-benzodiacepina de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico, y de los sistemas transmisores de péptidos relacionados con el hipocampo y la amígdala en el patrón de la ansiedad"...* *"el principal aspecto de este modelo son las múltiples vías involucradas en la patogénesis de la angustia"*, a nivel de neurotransmisores y receptores.

Se han intentado a la vez, explicar los *patrones familiares* del trastorno por angustia, sin lograr establecer claramente patrones de transmisión genética, o al menos aislar un gen específico en forma concluyente. Según Kendler (1996), Lesch (1996) y Plomin (1997), parece que es el conjunto de pequeñas aportaciones de muchos genes de diversas áreas de los cromosomas el que nos hace vulnerables a la ansiedad.

El mismo Kendler (1996) sostiene que el estudio de mellizos monocigóticos nos permitiría afirmar que el trastorno de pánico es una enfermedad con clara carga genética, pero que deben actuar factores ambientales específicos para cada sujeto para favorecer la aparición del mismo.

Coplan (1999) postula una *"susceptibilidad"* familiar de la red del miedo, *"que incluye al núcleo central de la amígdala, el hipocampo, la sustancia gris periacueductal y otras áreas del tronco cerebral"*. Agrega también que sobre esa susceptibilidad deberían actuar ciertas notas ambientales, en las cuales los factores disruptivos en la relación entre los lactantes y sus cuidadores juegan un rol fundamental, como lo demuestran varios trabajos. Expresa: *"la anomalía (genética) podría tomar varias formas, incluyendo una hiperactividad autonómica o un defecto neuro-cognitivo, que prevendría la apropiada interpretación de las señales de miedo o el feed-back cortical apropiado para limitar las respuestas de ansiedad y pánico"*.

Por su parte, Márquez-López Mato (2003) sostiene que en el trastorno de ansiedad generalizada, las bases psiconeurobiológicas estarían relacionadas con alteraciones durante el neurodesarrollo y/o las experiencias evolutivas tempranas, sin haberse demostrado hasta el presente la implicancia de factores genéticos hereditarios en esta patología: *"todo o casi todo es ansiedad cognitiva"*, expresa.

Varios autores han relacionado *rasgos de temperamento*, como la inhibición conductual y el neuroticismo, con bases claramente genéticas, y que ellos determinarían que en los casos de fobias y ansiedad ciertas áreas del cerebro serían especialmente estimulables, lo cual no sólo tiene consecuencias directas (efectos excitatorios sobre la atención), sino también indirectas (la evitación de estímulos o situaciones), y también sobre los procesos de aprendizaje (Matthews, Deary & Whiteman, 2003). El circuito córtico-reticular involucrado incluye la corteza cerebral, el tálamo y el sistema reticular activador ascendente (ARAS) (Van Brakel & Muris, 2006).

Considerados en conjunto, se ha propuesto que la predisposición a la ansiedad en los niños (la inhibición conductual, el temperamento y la temerosidad temperamental) involucra circuitos subcorticales hiperexcitables que promueven miedo y ansiedad, pero que no depende solamente de ellos, sino que diversas áreas cerebrales corticales (particularmente en el lóbulo frontal), se piensan como moderadores de la excitabilidad subcortical y que, por lo tanto, desequilibrios en este sistema regulador están implicados en los trastornos de ansiedad. Un reciente estudio mediante resonancia magnética, indica que *tanto los circuitos corticales como los subcorticales están efectivamente involucrados en el procesamiento de las señales de amenaza* (Mc Clure, Monk, Nelson y otros, 2007).

Sin negar la participación de todos los mencionados factores neurobiológicos de vulnerabilidad genética, P. Muris (2007) afirma que en realidad lo que parece como más probable es que *estos factores frecuentemente interaccionan entre ellos, pero a la vez es necesario tener en cuenta otros de tipo ambiental, incluyendo a la vez la influencia de factores*

protectivos (tanto individuales como contextuales), a la hora de comprender la etiología y desarrollo de las ansiedades infantiles.

Hace pocos años M. Rutter y otros (2000, 2001) enfatizaron el concepto de *"interacción gene-ambiental"*, entendiendo que la influencia del riesgo genético –pensado como un rasgo invariante– posee componentes directos y ambientales. La influencia genética puede manifestarse directamente, como un desorden o en características temperamentales, o bien puede reflejarse indirectamente a través de influir sobre las condiciones ambientales. Un niño ansioso podría de esta manera influir sobre sus padres generando estrés y elevando la ansiedad de éstos, hasta el punto de llevarlos a que le eviten las situaciones ansiógenas por propio debilitamiento y sensación de amenaza. De esa forma, *el riesgo genético potencia la expresión de un desorden de ambas formas: directa, a través del temperamento, e indirectamente mediante las transacciones con las condiciones ambientales*. Si bien la influencia relativa de lo directo y lo indirecto no está aún bien investigada, los estudios de los autores mencionados apoyan la presencia de ambos tipos de influencia.

1.2.3 Aportes de la Psicopatología del Desarrollo

Con una visión más abarcativa -integrando datos de la Psiquiatría, el Conductismo, la Teoría del Apego, la Cognitiva y la Sistémica- y basada en los últimos años en la evidencia empírica, la **Psicopatología del Desarrollo** ha aportado conocimientos profusos y variados al tema de las ansiedades infantiles.

Desde esta óptica se definen a los *temores disfuncionales* (miedos, fobias y ansiedades) como **invalidantes**, en el sentido de que interfieren el normal funcionamiento de los niños, a veces severamente, en sus diversas áreas vitales cotidianas (APA, 2000). Esto es lo que permite diferenciarlos de los temores más comunes que los niños presentan (a la oscuridad, al daño físico, a ciertos animales, etc.) y que generalmente se disipan a corto plazo (King, Hamilton y Ollendick, 1988).

Es de observar que la mayoría de las investigaciones inherentes a este campo refieren en sus estudios a las categorías consensuadas como "trastornos de ansiedad", en sus diversos sub-tipos, según los criterios de los DSM (Manuales Diagnósticos y Estadísticos de las Enfermedades Mentales de la Academia Americana de Psiquiatría).

En un *meta-análisis*, Muris y Merckelbach (2001) integran varios resultados empíricos obtenidos por distintos investigadores en los últimos años, y concluyen en las siguientes observaciones generales:

- 1) la mayoría de los niños desarrollan temores evolutivos que desaparecen con el paso del tiempo
- 2) una minoría de ellos posee una vulnerabilidad genética que los predispone a desarrollar temores desadaptativos
- 3) esta vulnerabilidad genética se manifiesta en algunos patrones de comportamiento
- 4) experiencias especiales de aprendizaje interactúan con el desarrollo de los temores evolutivos y los patrones de predisposición genética, produciendo temores extremadamente persistentes que devienen mayoritariamente en fobias específicas. Los puntajes iniciales en niveles de temor son buenos predictores de los de seguimiento, sugiriendo un rasgo componente de "temerosidad"
- 5) una vez que los temores existen, se mantienen por sesgos cognitivos
- 6) las niñas muestran más miedos que los niños, y en los menores aparecen temores más específicos y concretos que en los mayores

- 7) hay razones para afirmar que estos resultados son semejantes en diferentes países occidentales

El enfoque psicopatológico de los *temores disfuncionales* ha distinguido a los fines de su investigación: a) los **"factores etiológicos o predisponentes"**, b) los **"protectivos"**, y c) aquellos de **"mantenimiento"**.

a) **Factores etiológicos o predisponentes**

A los fines de clarificar los diversos resultados de investigaciones se distinguirán las siguientes variables analizadas:

1) ***De índole cognitiva***

En el año 2000, Muris et al. investigaron el contenido de los temores en niños de 4 a 12 años de edad, encontrando que las llamadas tradicionalmente fobias específicas, son relativamente frecuentes entre los 4 y 6 años, manifiestan un pico entre los 7 y 9, y declinan entre los 10 y 12 años. Ellos sostienen que las capacidades cognitivas infantiles son un determinante importante en la ontogénesis de los temores, pues el temor se origina en la amenaza, y la amenaza necesita ser conceptualizada. Debido a esto, en las edades más cortas los temores son específicos y relacionados con situaciones inmediatas y concretas (ruidos fuertes, pérdida de la contención física, separación de la madre), y a medida que las cogniciones maduran se vuelven más sofisticados. King et al. (1993) ya habían afirmado la trascendencia de la maduración cognitiva sobre los temores, ratificada por el hecho de que sólo en los mayores aparecen los ataques de pánico, junto a las interpretaciones catastróficas internas pasibles de darse en edades cercanas a la adolescencia. Lo interesante del estudio de todos los mencionados autores, es que los niños reportan en su mayoría que *sus temores interfieren sustancialmente con las actividades cotidianas*, "por lo que constituyen desórdenes de ansiedad, y mayoritariamente fobias específicas", en términos de los DSM-IV y DSM-IV-TR (Muris y Merckelbach; 2001).

2) De índole genética

Last et al. (1998) reportaron que, después de 3 años de tratamiento, una gran mayoría de niños y adolescentes ya no presentan los síntomas de fobias específicas, pero un porcentaje sustancial de estos pacientes "recuperados" cambian a otro tipo de trastorno de ansiedad. Estos resultados sugieren la presencia de un factor general de orden superior o "rasgo", que predispone a un amplio espectro de desórdenes de ansiedad que se originan en la infancia, y crónicamente se mantienen hasta la adultez. Los factores involucrados en esta permanencia podrían asociarse tanto a factores genéticos predisponentes, como a factores ambientales.

Taylor (1998), en un meta-análisis de estudios referidos a genética y comportamiento, llegó a la conclusión de que un factor general genético actúa como factor predisponente a un amplio espectro de temores fóbicos, mientras factores específicos, predisponen a cierto tipo de fobias específicas. Sostiene que ese factor general se refiere a lo que típicamente se rotuló como "*afectividad negativa*" o "*neuroticismo*".

También en 1998, Lengua, West y Sandler, afirmaron que el "*neuroticismo*", como rasgo temperamental, era un buen predictor de psicopatología. Estudios más recientes realizados por Barbarenelli et al. (2003) y Muris, Meesters y Diederer (2005) reconfirmaron este hallazgo, agregando que el neuroticismo no sólo juega como rasgo temperamental predisponente en problemas de ansiedad y depresión, sino también en problemas de externalización, como el trastorno oposicionista-desafiante o los trastornos de conducta social, tanto en los años infantiles como adolescentes. No obstante, es más prominente como factor de personalidad asociado a las ansiedades y fobias que en los problemas de externalización, y predictor estable de estos problemas a través del desarrollo.

Asimismo Zinbarg y Barlow (1996) habían encontrado en estudios sometidos a análisis factorial, un rasgo de orden superior general común a todos los diagnósticos de desórdenes de ansiedad, aproximando este rasgo a

la *"inhibición comportamental"*, entendida ésta como la tendencia por parte del niño a interrumpir una conducta en marcha y reaccionar con constricción vocal y abandono frente a situaciones o personas no-familiares. Este rasgo se piensa como una disposición a responder, estable y heredada, que actúa como factor de riesgo para desórdenes de ansiedad. El mencionado constructo temperamental se ha explorado e identificado como precursor de desórdenes ansiosos futuros (Rosenbaum et al., 1992; Biederman et al., 1993, 2001).

Estudios longitudinales hechos por Prior et al. (2000) muestran una modesta relación entre la *"timidez infantil"* y los trastornos ansiosos adolescentes, pero una relación significativa cuando ese rasgo es persistente. Varios investigadores aseveran que las conductas de timidez extrema son un factor de riesgo para una vulnerabilidad posterior a los desórdenes de ansiedad, pero que ésta está moderada por la combinación de otros rasgos del niño y factores familiares.

Alineados con estos estudios, Stevenson-Hinde y Glover (1996, 1999), habían hallado que la *"vergüenza extrema"* en niños pre-escolares, se acompaña con puntajes relativamente altos de ánimo negativo, preocupaciones y temores, y que ellos, en el marco de la inhibición comportamental, son rasgos temperamentales relativamente estables desde la temprana infancia hasta la tardía, incluyendo hasta los púberes de 12-14 años según Muris, Melckenbach, Wessel y Van de Ven (1999).

Un factor específico investigado en relación a la etiología de las fobias infantiles es la llamada *"sensibilidad al disgusto o asco"*, emoción primeramente identificada como un reflejo del bebé a los sabores amargos, pero que Haidt et al. (1994) la describieron como "una reacción de todo el cuerpo". Ahora hay evidencia de que esta sensibilidad está involucrada en la génesis de ciertos tipos de fobias específicas, particularmente a animales, a la sangre, y al daño corporal. Davey, Foster y Mayhew (1993) habían hallado correlación entre los puntajes de padres e hijos en este rasgo, y que el asco era el mejor predictor del temor a los animales. De Jong y otros (1998) interpretaron sus investigaciones como que "la adquisición del temor a las arañas por parte de

los niños está facilitado por reacciones específicas del disgusto o asco parental cuando se enfrentan a arañas". Si bien ellos creen que el modelaje está en la base de esta adquisición, se puede interpretar también que hay un factor genético involucrado en la transmisión familiar de esta sensibilidad al *disgusto* o asco -y en su manifestación, la fobia a los animales-, conceptualizándolo como factor específico, según Muris y Merckelbach (2001).

Trabajos relativamente recientes, también muestran una conexión estrecha entre ciertas fobias específicas y el pánico (Anthony, Brown y Barlow, 1997). El exagerado temor a la sofocación típica del pánico aparece relacionado con lo que Klein (1993) llamó en su momento "*detectores cerebrales hipersensibles a la sofocación*", y que, como factor genético, dispararían ataques de pánico en respuesta a una gran variedad de estímulos ambientales que provocan evitación fóbica.

No obstante, los estudios de Kendler con mellizos (1992, 1995) permiten concluir que ***"los factores genéticos juegan un rol significativo pero no apabullante en la etiología de las fobias"***. Aparentemente entonces, los factores ambientales determinan cuándo las vulnerabilidades genéticamente transmitidas culminan en fobias específicas.

Con respecto a otros desórdenes ansiosos, hay un pequeño número de estudios que muestran la contribución genética a algunos de ellos. Torgerson (1983) investigó mellizos, concluyendo que los factores genéticos aparecían influenciando el desarrollo del trastorno de pánico y la agorafobia, mientras que para la ansiedad generalizada no aparecían factores genéticos específicos. Kendler et al. (1995) sugirieron la posibilidad de dos vías genéticas separadas que llevan a los desórdenes: la ansiedad generalizada y la depresión mayor están altamente influidas por el mismo factor genético, mientras las fobias, el trastorno de pánico, el alcoholismo y la bulimia, están influidos por un segundo factor.

En los adolescentes, se considera que aparece un factor específico que los predispone al pánico: ***"la sensibilidad a la ansiedad"***. Ésta refiere al miedo a

las sensaciones relacionadas con la ansiedad, que se interpretan como potencialmente dañinas en los aspectos físico, psicológico o con consecuencias sociales, y por lo tanto elevan significativamente la ansiedad (Reiss, 1991) . Se considera un sub-rasgo de la más general "temerosidad" y se ha visto en familias, teniendo una clara base genética (Tsao, Myers, Craske y otros, 2005).

En referencia a la ansiedad en general, la evidencia en estudios de mellizos, sugiere que los genes dan cuenta de aproximadamente el 30-50% de la varianza en la sintomatología ansiosa (Kendler, 1995; Eley, 1997, 2001; Barlow, 2002). Lo mismo sucede con la inhibición comportamental, ya que el 70% de los niños con esta característica permanecen libres de desórdenes de ansiedad (Biederman et al., 1995).

Como bien dicen Gar, Hudson y Rapee (2005): "la ansiedad circula en la familia", y hay ya mucha evidencia empírica de la *transmisión familiar* de los trastornos de ansiedad, que prevalece entre los parientes en primer grado, cuando se los compara con individuos que no presentan dichos trastornos. Asimismo está demostrado que la influencia de la herencia es considerablemente mayor en las niñas comparadas con los varones y que la edad es otra variable que cuenta en los efectos sobre las relaciones genética-ambiente (Gregory y Eley, 2004). El estudio de Feigon et al. (2001) indicaba claramente que la magnitud de las influencias genéticas aumenta a través del desarrollo, mientras el impacto de las compartidas con el ambiente disminuyen en su significación a medida que los jóvenes van creciendo.

Un punto digno de destacar con respecto a la influencia genética es que en 1992, Stevenson et al. afirmaban que, en los puntajes muy altos del "continuum" del miedo, no hay evidencia de que la herencia tenga relación con el aumento en la intensidad de los mismos. Puesta esta información en relación con otros estudios posteriores, que han fracasado en la búsqueda de diferencias en la etiología entre los temores normales y los excesivos o anormales, *queda demostrado que los desórdenes de ansiedad reflejan simplemente los extremos de los miedos y ansiedades normales.*

P. Muris (2007) expresa: "la herencia específica necesita aún de más investigación para resultados concluyentes". En concordancia con él, la mayoría de los investigadores acuerdan en que los factores genéticos actúan como una influencia general, y que los factores ambientales dan cuenta de los desórdenes específicos. En otras palabras, *la propensión general heredada a la ansiedad, necesita interactuar con eventos adversos del ambiente para causar la manifestación específica de un trastorno de ansiedad* (Eley, 2001).

Lo que aparece como más probable, como expresan Hudson y Rappe (2004) es que *"el desarrollo de trastornos de ansiedad involucra muchos factores ambientales, uno de los cuales es la relación recíproca entre la vulnerabilidad genética del niño a exhibir altos niveles de reactividad y emotividad, y la respuesta parental al niño sensible"*.

3) De índole ambiental

En relación a los factores ambientales, y siguiendo a Taylor (1998), es necesario diferenciar los factores ambientales generales que contribuyen a todas los trastornos de ansiedad, de los factores ambientales específicos o únicos para cada tipo de fobia. Según este autor, como factores de orden general encontraríamos a los *eventos negativos de la vida*, mientras las *experiencias de aprendizaje discretas y particulares*, corresponden a los factores ambientales específicos.

Respecto a estas últimas, Rachman (1977 y 1991) sostuvo como teoría, que existen *tres tipos de experiencias particulares de aprendizaje* en las que los factores sociales ambientales juegan un rol significativo en la adquisición de las fobias: 1) el condicionamiento aversivo clásico, 2) el modelaje, y 3) la transmisión de información negativa acerca del objeto fóbigeno.

Numerosas investigaciones se realizaron para comprobar esta teoría, de las cuales se arribó a tres importantes conclusiones:

- a) el modelo de los tres caminos de Rachman es un valioso marco de referencia para conceptualizar el rol de las experiencias de aprendizaje en el desarrollo de las fobias infantiles
- b) diversos estudios clínicos sugieren que el condicionamiento y el modelaje son factores más importantes en la etiología de temores severos que la transmisión de información negativa (Menzies y Clarke, 1995; King et al., 1997; Muris, Merckelbach y Collaris, 1997)
- c) dado el alto porcentaje de niños temerosos que dicen haber sido miedosos desde siempre y el alto porcentaje de niños no-temerosos que expresan haber experimentado situaciones condicionantes y/o de modelaje, es altamente improbable que las experiencias de aprendizaje implicadas en la teoría de Rachman representen simples antecedentes de los temores y fobias infantiles. Existe una numerosa literatura apoyando que el tener ciertos rasgos de personalidad y predisposición, tales como el neuroticismo y la inhibición conductual, hace mucho más fácil la adquisición de respuestas de temor en individuos respecto a aquellos que no los presentan (Eysenck, 1987; Gershuny y Sher, 1998).

Por su parte, Spence y Dadds (1996), argumentan que el impacto negativo de las experiencias de vida adversas, depende críticamente de los factores que pueden exacerbar los efectos (tales como la inhibición comportamental) o mediatizarlos (como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento).

Asimismo, varios autores han examinado el rol de las *conductas de crianza parental* en relación al desarrollo de los desórdenes de ansiedad en los niños.

Básicamente estos estudios han seguido dos líneas: la primera, ligada a la **teoría del apego**, focalizada en las interacciones tempranas parento-filiales.

La segunda, basada en una perspectiva más amplia, examina la conexión entre la ansiedad y la **psicopatología parental, los estilos de crianza** que se van poniendo en marcha a lo largo de la vida compartida y **otros factores ambientales presentes**.

Desde la teoría del apego, se propone que el nivel de ansiedad de los niños, está afectado por la manera en que están apegados a sus cuidadores (Bowlby, 1973).

J. Bowlby (1969, 1973), articula en su teoría del apego conceptos de la teoría del desarrollo, del psicoanálisis, de la biología, de la cibernética y del procesamiento de la información. Describió el comportamiento de apego como organizado y controlado por sistemas correspondientes al sistema nervioso central y compuesto por tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los infantes en cercanía física de sus cuidadores durante su historia evolutiva, al servicio de una función de protección y supervivencia. Las formas de apego son desarrolladas tempranamente y poseen alta probabilidad de mantenerse toda la vida, ya que el apego "se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, otros y el mundo social en general, formando juicios que afectan a la formación y mantenimiento de las relaciones íntimas" (Bowlby, 1973). Entre la madre y su infante preverbal se establece una relación intersubjetiva, que permite que el infante organice y oriente sus conductas de apego hacia la madre durante momentos críticos de tensión, como la separación.

Siguiendo a Bowlby, cuando un niño confía en la disponibilidad y predictibilidad de respuesta por parte del cuidador para aliviar sus situaciones de estrés, se desarrolla un estilo de apego seguro. Si esta relación se altera a través de repetidas separaciones, el niño puede protestar intentando estimular la unión, volviéndose más dependiente y aprensivo. Estas relaciones de apego son luego internalizadas y funcionan como modelos internos en las relaciones del yo con otros íntimos a lo largo de la vida (Sroufe, A.L., 1990; Main, M., 1995; Ungerer, J. y McMahon, C., 2005)

En base a cómo los individuos responden en función a la figura de apego personal cuando están angustiados, Ainsworth et al. (1978) definieron los tres patrones más importantes de apego, y las condiciones familiares que los promueven:

- *el estilo seguro*: los niños con este estilo son capaces de utilizar a sus cuidadores como fuente de seguridad cuando están angustiados. Ellos poseen cuidadores sensibles a sus necesidades y que responden a ellas, por lo cual se sentirán seguros de que sus figuras de apego estarán disponibles y los ayudarán ante la adversidad.
- *el estilo ansioso-ambivalente*: los niños con este estilo responden a la separación con gran angustia, mezclando comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo, y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no poseen expectativas de confianza respecto a ellas
- *el estilo evasivo*: los niños con este estilo exhiben un aparente desinterés y desapego frente a la presencia de sus cuidadores durante periodos de angustia. Manifiestan poca confianza en que serán ayudados, y esperarán ser desplazados, porque así se lo demuestran sus experiencias pasadas.

Las diferencias en el estilo de apego son asociadas con variaciones de expresión emocional y regulación de la emoción en niños y adultos.

N. Collins (1996) propuso que, según los estilos de apego, existirían diferencias en la apreciación e interpretación de eventos con componentes emocionales: por ejemplo, "las personas con estilo ansioso-ambivalente tienen baja tolerancia al dolor y tienden a responder con miedo y ansiedad cuando

perciben un desequilibrio en su ambiente"... "los adultos seguros reconocen niveles moderados de dolor, y los de estilo evitativo niegan el dolor".

Mikulincer (1997), también afirmó que las personas con distintos estilos de apego difieren en la forma de buscar y procesar información, o sea que los modelos de apego afectan la codificación y organización de información necesaria acerca de eventos emocionales, figuras de apego y el sí mismo.

S.R. Warren et al. (1997) clasificaron a los infantes con tipos de apego seguro e inseguro, encontrando que, a la edad de 17,5 años, los niños apegados inseguramente habían sufrido de desórdenes de ansiedad en mayor proporción que los del grupo control. En un interesante estudio longitudinal, demostraron que, un estilo de apego ambivalente era un mejor predictor de desórdenes ansiosos en la adolescencia que la ansiedad materna y el temperamento. Los autores sugirieron que los niños involucrados en este tipo de relación, podrían menos probablemente desarrollar su capacidad de autorregulación y manejo de sus ansiedades y estados emocionales en momentos de desafiar temores, lo cual –adicionalmente- incrementaría el riesgo de ansiedad en el niño.

No obstante, Grifo y Barholomew (1998) sostuvieron que la relación entre el estilo de apego inseguro y la ansiedad no es tan estricta, dado que individuos con estilo seguro también pueden presentar ansiedad, depresión o aislamiento.

En un estudio más reciente, Muris, Mayer y Meesters (2000) correlacionaron la inseguridad en el apego con niveles más altos de sintomatología de ansiedad generalizada según el DSM-IV, pero no encontraron correlación con las fobias específicas.

Investigaciones como las de Donate-Bartfield y Pasman (2000), encuentran que los niños evitativos, que típicamente tienen dificultades de comunicación con sus madres según Colin (1996), son capaces de usar objetos transicionales como las sábanas, por ejemplo, para actuar

funcionalmente frente a situaciones ansiógenas y mantener su balance interno. Los resultados demuestran que, a pesar de que los niños de apego evitativo muestran conflicto en la separación de sus madres, parecen más capaces que los de apego seguro para usar objetos inanimados en pos de remediar su disconfort. Lo que todavía permanece en cuestión, es si los objetos transicionales podrían ser funcionales a la hora de enfrentar condiciones de alto estrés o incomodidad.

J. Riskind et al. (2000) proveyeron evidencia de que los informes retrospectivos de jóvenes referidos a los "vínculos parentales" y los estilos de apego inseguros se asociaban a un incremento en la vulnerabilidad para la ansiedad, independientemente del nivel de síntomas presentes.

Algunos años después, N. Williams y J. Riskind (2004) agregaron que, un estilo inseguro de apego está asociado con un incremento en el riesgo cognitivo para la ansiedad y depresión en los muy jóvenes, el riesgo para desarrollar síntomas ansiosos y depresivos y alta correlación con impedimentos generales en la vida. Aún más allá, sugirieron que esta relación entre la orientación del apego y los síntomas ansiosos y depresivos, está parcialmente mediatizada por los niveles de vulnerabilidad cognitiva.

Varias investigaciones recientes demuestran que los adolescentes con estilo de apego inseguro son más propensos a desarrollar trastornos de ansiedad que aquellos de apego seguro (G.S.Ginsburg y otros, 2004; G. Myhr y colab., 2004).

Monjas y Caballo (2004) interpretan que –aunque no hay apoyo empírico– cuando existe fracaso en las relaciones de apego iniciales, el sentimiento de inseguridad resultante en el niño "se generaliza a todas las relaciones subsecuentes y produce una creencia complementaria de incompetencia y falta de valor. Estas representaciones cognitivas de sí mismo y de los demás contribuyen a la ansiedad, la inhibición y el retraimiento en situaciones sociales nuevas".

En dos recientes e innovadoras investigaciones, G. Shamir-Essakow et al. (2005) descubrieron que los síntomas de ansiedad eran mayores en los niños inhibidos y de apego inseguro, cuyas madres eran también ansiosas. Estas madres percibían a sus hijos como más vulnerables y necesitados de confort que las madres de los niños desinhibidos y describieron sus relaciones con ellos como de alto compromiso emocional y dificultosas. Interesantemente, a las madres de niños inhibidos, pero con estilos seguros de apego, les resultaba más fácil comprenderlos desde la propia perspectiva infantil. A la vez, las madres de estilo inseguro-ambivalente tendían a interpretar las emociones de sus hijos como invalidantes y mostraban niveles más altos de violación de las fronteras inter-individuales, tendiendo a no distinguir sus propias experiencias de las de sus hijos, con características de "aglutinamiento".

De los varios estudios mencionados, se desprende la conclusión de que *la calidad del estilo de apego temprano juega un papel importante en el desarrollo de los trastornos de ansiedad, pero que existe un inter-juego entre ésta y otras variables, tales como los factores biológicos, los estilos de percepción maternos, y otros estresores ambientales y variables demográficas*, de las que ya habían hecho mención M. Lewis et al. en 1984. Indudablemente la teoría del apego está entrando entre los temas que vienen siendo foco de investigación más frecuente en los últimos años, aunque faltan todavía desarrollos empíricos.

Mientras los investigadores del apego enfatizaron la importancia de las perturbaciones en los vínculos tempranos en el desarrollo de la ansiedad, otros lo hicieron en relación a la **psicopatología parental**, el particular **estilo de crianza** y otros **factores ambientales presentes**.

En referencia a la psicopatología parental, M.R. Dadds y P.M. Barrett (2001) habían notado que los padres de los niños ansiosos frecuentemente estimulaban a sus hijos a depender de estrategias de evitación.

Muris et al. (1996) demostraron que ciertas fobias específicas reportadas por los niños, aparecían en función de cuánto sus madres demostraban sus propios temores delante de ellos.

Asimismo, en otros estudios, se halló que los trastornos de ansiedad infantiles son elevados en niños de padres con fobia social (Manzini et al., 1996), con agorafobia (Capps et al., 1996) y otros tipos de ansiedad o combinación de ansiedad y depresión (Beidel, D.C. y Turner, S.M., 1997).

Numerosas investigaciones realizadas, han indicado que la *ansiedad materna* es un factor importante que puede contribuir al desarrollo de la sintomatología ansiosa en los niños (Whaley, S.E., Pinto, A. y Sigman, M., 1999; Hudson, J.L. y Rapee, R.M. 2002; Mertesacker, B. et al., 2004; Moore, P.S., Whaley, S.E. y Sigman, M., 2004).

En la mencionada de Whaley et al. (1999), se encontró que las madres ansiosas son menos cálidas y positivas, más críticas y de interpretaciones catastróficas en las interacciones con los hijos, que las madres clínicamente no ansiosas. Asimismo, manifestaban menor probabilidad de estimular autonomía en sus hijos (por ejemplo, solicitar sus opiniones, apoyarlos en pensar con independencia). Esos comportamientos, por parte de la madre, eran mejores predictores de ansiedad infantil que el status diagnóstico materno y otros estresores presentes tales como: conflicto marital, salud física de los miembros de la familia, estrés financiero.

Los mismos autores mencionan que, de todos modos, *diversas patologías maternas*, no sólo los desórdenes de ansiedad, podrían influenciar el grado de aprobación, actitud positiva y calidez, demostrada en los vínculos materno-filiales.

No obstante, hay investigaciones como la de Turner et al. (2003) que no encontraron diferencias significativas en el nivel de protección de los padres ansiosos: no impedían a los niños participar en las actividades y juegos propios de su edad ni los criticaban. Si manifestaron un mayor grado de aprensión y

estrés cuando sus hijos se involucraban en las actividades asignadas. Estos autores concluyeron que es posible que los padres ansiosos no fueran uniformemente críticos o sobre-protectores y que sólo respondieran de esas maneras cuando las situaciones fueran dificultosas o ansiógenas.

En un estudio más reciente de niños ansiosos, Moore et al. (2004) examinaron si las conductas parentales aparecían más ligadas al diagnóstico paterno, al diagnóstico del niño o a una combinación de ambos. Los resultados mostraron que las madres de niños ansiosos, más allá de que ellas lo fueran o no, eran menos cálidas y menos estimulantes para la autonomía de sus hijos. Además, tanto las ansiosas como las que no lo eran -pero con hijos ansiosos-, esperaban peores resultados de éstos en las pruebas. Los autores sugirieron que los datos obtenidos permitían pensar en una *influencia diádica*, en la cual el hiper-control y las conductas de catastrofización maternas, podrían desarrollarse parcialmente como reacción a las conductas ansiosas de los niños.

Las evidencias iniciales en varias investigaciones sugieren que un *estilo parental de hiper-control/sobreprotección y crítico, tanto como la ansiedad materna*, pueden asociarse a la misma, pero como dicen N.S. Gar, J.L. Hudson y R.M. Rapee (2005): "el que estas relaciones sean causales, merece investigación adicional". Asimismo, los resultados conflictivos, y hasta opuestos, permiten concluir que la ansiedad materna puede influenciar la psicopatología del niño de maneras diversas, y que *debe haber otros factores más allá de ella, que influyen en la diada interaccional* y contribuyen al desarrollo psicopatológico.

En los últimos 10 años, las investigaciones que consideran el rol de la psicopatología parental en el desarrollo de los desórdenes de ansiedad infantil, enfatizan la importancia de considerar *las contribuciones mutuas a la interacción paterno-filial*, desde las conductas maternas y las del niño, como asimismo la asociación entre la ansiedad parental y los particulares estilos de crianza.

En referencia a la relación entre los estilos o patrones de crianza parental y la ansiedad, P. Muris y H. Merckelbach (1998a) afirmaron que existe correlación positiva entre las conductas de crianza ansiosa y el control parental por un lado, y la sintomatología de trastornos de ansiedad infantil por el otro, especialmente la generalizada y la ansiedad de separación.

M. Dadds y J.H. Roth (2001), por su parte, demostraron que una *sobre-involucración emocional alta* con los familiares, es un factor de riesgo para un peor pronóstico en el curso de varios desórdenes psiquiátricos de los hijos, no sólo de ansiedad.

J.L. Hudson y R.M. Rapee (2002) investigaron la sobre-involucración parental en niños ansiosos y sus hermanos. Contrariamente a su hipótesis, los padres de los ansiosos mostraron la misma sobre-involucración con los hermanos no ansiosos que con los que sí lo eran. Dichos autores sugirieron que *la sobre-involucración es un rasgo parental estable y que la ansiedad de los padres es una variable crucial* para definir el grado de sobre-involucración.

Otros resultados sorprendentes fueron hallados por J. Woodruff-Borden et al. (2002) que no mostraron diferencias significativas entre padres ansiosos y no-ansiosos respecto al hiper-control de sus hijos, pero sí que podían involucrarse con ellos de manera menos productiva, más abandonica, ignorando significativamente a sus niños. Para sorpresa de los autores, en relación a estudios previos, vieron que dejaban a los niños que afrontaran y lidiaran con las situaciones por sí mismos, en un mayor grado y extensión que los padres del grupo control normal.

Los *estilos de crianza materna* también revelaron conexiones significativas con las conductas infantiles en un estudio que demostró que, cuando las madres eran sobre-involucradas, controladoras y burlonas, la inhibición en los "trotadores" predecía reticencia social en los preescolares (Rubin, K.H. et al., 2002). Los autores sugirieron que el hiper-control no permite la independencia y el desarrollo de las habilidades y que los mensajes de burla e incompetencia minan el auto-concepto del niño.

En años más recientes, se agregó significativa investigación acerca de la relación entre los estilos de crianza y la ansiedad, basando los estudios en auto-informes de la progeñe (incluyendo niños y adultos), de los padres y mediante métodos observacionales.

Desde los primeros, la mayoría se focalizaron en las dimensiones de "control/sobre-protección" versus "aceptación de la autonomía" y "rechazo" versus "aceptación". Los resultados hallados, fundamentalmente muestran que *los niños y adultos ansiosos, perciben a sus respectivos padres con altos puntajes en las dimensiones de control y rechazo* (Mattanah, J.F., 2001; Spence, S.H., Barrett, P.M. y Turner, C.M., 2003). No obstante, desde esta metodología que evalúa las percepciones del estilo de crianza parental, hay resultados inconsistentes, mostrando un mayor grado de consistencia aquellas otorgadas desde los adultos que desde los niños.

Desde la segunda perspectiva metodológica (estudios desde los informes parentales) hay escasa investigación empírica, realizada con metodología adecuada, y los resultados respecto a la relación entre estilos parentales y ansiedad específicamente, son contradictorios y no significativos: en algunos casos se encontró correlación entre el control parental y los problemas de internalización (Grüner, K., Muris, P. y Merckelbach, H. 1999), mientras en otros no se halló asociación e, incluso, se encontraron efectos opuestos (Siqueland, L., Kendall, P.C. y Steinberg, L., 1996; Muris, P. et. al., 2004).

Las puntuaciones observacionales, a pesar de su costo y complicaciones metodológicas, se consideran como las más objetivas y que proveen una visión más comprensiva de las interacciones padres-hijos, que las que puntúan a unos u otros separadamente. Como dice G.S. Ginsburg et al. (2004), el funcionamiento familiar involucra interacciones complejas que difícilmente pueden encontrarse a través de instrumentos de auto-informe por parte de niños y padres.

En general, los hallazgos más consistentes sugieren que los padres de los niños ansiosos son más sobre-involucrados/hiper-controladores (intrusivos), menos aprobadores, y tienen más probabilidad de modelar comportamientos ansiosos que los padres de los niños no ansiosos. En la dirección esperada, *la parentalidad sobre-protectora se asocia con ansiedad en niños y adolescentes* (Dumas, J.E., LaFreniere, P.J. y Serketich, W.J., 1995; Hudson, J.L. y Rappe, R.M., 2001,2002; Rubin, K.H., Cheah, C.S. y Fox, N., 2001). No obstante, K.H. Rubin et al. (2001) aceptan que la solicitud y disponibilidad, tanto como el control intrusivo por parte de las madres, dificultan y hasta evitan que el niño desarrolle técnicas de auto-afrontamiento en situaciones difíciles, pero *discuten la especificidad de estas cualidades en relación a la ansiedad*, dado que también aparecen en niños opositores-desafiantes.

Asimismo, se han investigado **otros aspectos del ambiente familiar**.

En general, no hay evidencia de diferencias consistentes entre las familias con ansiedad y las no-ansiosas, respecto a variables tales como edad de las madres, características demográficas, niveles de conflicto familiar, tamaño de la familia, niveles de cohesión o aglutinamiento, conflicto marital, o familias a cargo de un solo padre (Siqueland,L. et al., 1996; Rapee, R.M. y Melville, L.F.,1997; Whaley, S.E. et al., 1999).

M.T. Laraia et al. (1994) hallaron que la muerte de un padre, el divorcio o el maltrato sexual constituían factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad.

D.S. Shaw et al. (1997) encontraron que la emocionalidad negativa, los apegos desorganizados, los eventos negativos de la vida, la exposición del niño a los desacuerdos y las discusiones paternas, aparecían relacionadas con problemas de internalización en la edad preescolar. Estos autores sugirieron que el principal rasgo que diferenciaba a pacientes ansiosos de los del grupo control era *la percepción de un clima familiar poco estimulante*, con menos cariño y reconocimiento por parte de los padres.

No obstante resultados previos mencionados, S.M. Turner et al. (2003) afirman que los padres con desórdenes de ansiedad y sus cónyuges, reportan ambientes familiares con bajo nivel de cohesión, de compromiso, ayuda y apoyo mutuo.

Haciendo una brevisima síntesis acerca de los factores etiológicos o predisponentes, las variables genéticas generales tales como el neuroticismo, la inhibición conductual y la sensibilidad al disgusto o asco, así como otros factores externos de vulnerabilidad y riesgo, tales como las experiencias de aprendizaje negativo, los eventos estresantes de la vida y los factores familiares, vuelven a los niños propensos a desarrollar desórdenes de ansiedad o temores disfuncionales. *En los días presentes, el énfasis está puesto en la investigación de la contribución mutua en la diada padres-hijos para lograr una comprensión más clara acerca de la relación entre los factores de riesgo/vulnerabilidad y la presencia de los síntomas de ansiedad.*

b) Factores Protectivos

Los psicopatólogos del desarrollo creen que también es importante investigar aquellos factores y circunstancias que parecen "inmunizar" a los niños y adolescentes contra el desarrollo de desórdenes mentales (Cicchetti, D. y Cohen, D.J., 1995), y a esto se refieren como "factores protectivos". Si bien no hay demasiados estudios referidos específicamente a cómo la resiliencia y otros factores de esta clase juegan en los niños y jóvenes en el campo de las ansiedades, el desarrollo de la Psicología Positiva en los últimos años viene ahondando este rumbo.

Entre estos factores protectivos se pueden mencionar la resiliencia, el control en el esfuerzo, el control percibido, conceptos relativos al self (auto-estima y auto-eficacia), la regulación emocional, el afrontamiento, las defensas, las formas de apego temprano, y el apoyo social.

La resiliencia que, según S.S. Luthar, D. Cicchetti y B. Becker (2000), está definida por la mayoría de los autores como *un proceso dinámico que hace capaz a los sujetos de obtener una adaptación positiva en situaciones de gran adversidad*, implica **dos condiciones críticas** en el contexto de los miedos y ansiedades. La primera, que el niño o adolescente esté expuesto a estímulos amenazantes, eventos traumáticos o negativos, o a una experiencia de aprendizaje adverso; la segunda, que los niños muestren una adaptación exitosa sin desarrollar un problema de ansiedad severo y/o persistente a pesar de esas circunstancias adversas (Masten, A.S., 2001).

Dado que este constructo inferencial requiere de juicios respecto a "amenaza" y "adaptación", ha habido dificultades para evaluarla y también ha conducido a los investigadores a focalizarse en variables que se piensan como promotoras de adaptación general en la vida frente a circunstancias difíciles.

R.W. Robins et al. (1996) volvieron operable el constructo "resiliencia" en términos de *prototipos de personalidad*, considerando dos variables: la tendencia a reaccionar de manera flexible (ego-resiliente) frente a las situaciones particularmente estresantes y el auto-control, como tendencia a suprimir o expresar los impulsos motivacionales (bajo auto-control o sobre-control respectivamente). La combinación de estas dos dimensiones arrojan básicamente tres tipos de personalidades: la "bien adaptada", de tipo resiliente (jóvenes que manifiestan altos niveles de flexibilidad y adecuados niveles de auto-control) y otras dos de "ajuste inadecuado" (los jóvenes que se adaptan sobre-controladamente o sub-controladamente).

Si bien estos factores se piensan como significativos en varias patologías de síntomas internalizadores y externalizadores, C. Wenar y P. Kerig (2000) concluyeron que en las fobias y otros trastornos de ansiedad en niños prevalece el tipo "sobre-controlado" y que se podría ver esta característica como prototípica de dichas patologías. Es interesante mencionar que, si bien el estudio está referido a adultos, estos resultados van en el mismo sentido que los obtenidos en Argentina por D. Boigiaizian (2004): el deseo por el control y la sensación (positiva y negativa) de control, se asociaron

significativamente a las mediciones de ansiedad en casos de fobia social, ansiedad generalizada y trastorno de pánico.

En un estudio longitudinal, D.M. Ferguson et al. (2005) encontraron que *la inteligencia* correlacionaba positivamente con la adaptación positiva y menor índice de trastornos ansiosos en adolescentes, pero luego se halló que las cualidades del funcionamiento familiar y otras características individuales habían influenciado los resultados.

A.S. Masten et al. (2004) compararon adolescentes bien adaptados a situaciones de riesgo y adversidad con aquellos que fracasaban en su adaptación y hallaron en los "resilientes" *mayores niveles de auto-valoría* y de bienestar psicológico que en el otro grupo. Si bien el estudio no refirió específicamente a ansiedad, sus resultados implican que los jóvenes serían particularmente susceptibles a ella cuando otros procesos de adaptación normal están socavados.

Paralelamente a la investigación desde una epistemología causal lineal, M. Fraser (2004) alude a la necesidad de incluir un enfoque ecológico para la comprensión del tema de la resiliencia infantil, que considere la complejidad de factores interactuantes: protectivos y de riesgo, de riesgo entre sí y protectivos entre sí. Expresa: "no existe el "super-niño" inmune o resistente a cualquier riesgo"... "Lo que puede observarse es que *la resiliencia es el producto del interjuego entre la adversidad y una variedad de recursos o "capitales individuales" y del ambiente, que alivian o mediatizan los riesgos*". Aún es imposible ser concluyentes –por cuestiones básicamente metodológicas- en relación a cómo interaccionan entre sí, cuáles factores predominan en qué contexto, en qué proporción o peso particular, y en distintos grupos culturales, etarios, y de problemas de diferentes tipos.

El control en el esfuerzo refiere a *procesos de auto-regulación* y puede definirse como "la habilidad para inhibir una respuesta dominante en orden a desplegar una respuesta sub-dominante" (Rothbart, M.K., Ellis, L.K. y Posner, M.I., 2004). Esta habilidad involucra **dos componentes**: *el control inhibitorio* de

un comportamiento si fuera necesario y también procesos relativos al *control atencional* para focalizarse o cambiar de foco de ser necesario.

Generalmente se ha asumido que esta capacidad es innata (Poggi Davis, E. et al., 2002) y hay evidencia empírica de que tiene estabilidad desde la infancia temprana, a través de los años pre-escolares, y hasta los escolares (Kochanska, G. y Knaack, A., 2002). También es claro, que este factor regulador se desarrolla en relación a la maduración cerebral, especialmente del lóbulo frontal, en interacción con el ambiente (Kochanska, G., Murray, K. y Harlan, E.T., 2000). Varios estudios correlacionaron estos procesos regulatorios con psicopatología tanto de externalización como internalización (Oldenhinkel, A.J. et al., 2004). Muy recientemente se está obteniendo evidencia más firme de que el factor de *control atencional* es más relevante que el inhibitorio en los síntomas de internalización, tales como ansiedad y depresión en niños (Muris, P., Meesters, C. y Blijlevns, P., en prensa).

Respecto al control percibido, desde hace varios años se considera que cuando un niño o adulto experimenta *incertidumbre acerca de su habilidad para controlar eventos internos y externos*, el estado resultante es la ansiedad (Alloy L.B. et al., 1990; Barlow, D.H., 2002). Más recientemente, C.F. Weems et al. (2003) confirmaron estos hallazgos comparando niños ansiosos y no-ansiosos, encontrando que *una baja creencia en la capacidad de controlar eventos ansiógenos*, tanto internos como externos, aparecía significativamente relacionada con mayor ansiedad. Adicionando al tema, G.S. Ginsburg, S.F. Lambert y K.L. Drake (2004) demostraron que un bajo control percibido se asociaba con mayores niveles de sensibilidad a la ansiedad y sintomatología de pánico específicamente.

B.F. Chorpita y D.H. Barlow (1998) fueron quienes sentaron la teoría de que durante el desarrollo, el niño va ganando gradualmente sensación de control en diferentes dominios, y que *el rol de los padres en esta adquisición es fundamental*: la escasa responsividad o sensibilidad por parte de éstos tendría un efecto negativo sobre la seguridad del niño para explorar el mundo, de la misma manera que la sobreprotección y ansiedad paternas, interferirían en la

posibilidad de autonomía y por lo tanto de generar en el niño sensación de ir controlando los eventos que suceden.

P. Muris et al. (2004) investigaron el rol del control percibido en su relación con los comportamientos percibidos por los niños acerca de la crianza parental y encontraron que tanto uno como los otros contribuían de manera independiente a los síntomas de ansiedad y depresión, sugiriendo que *sus efectos eran aditivos* en la formación de estas emociones negativas. Adicionalmente, estudios que incluyeron la *"competencia percibida"* y la *capacidad para controlar los resultados de las propias acciones* ("contingencia") sugieren que la primera (competencia percibida) es el mejor predictor de síntomas en relación al control y contingencia percibidos (P. Muris et al., 2003). En realidad es difícil separar estos constructos y probablemente los métodos implementados tampoco puedan discriminarlos adecuadamente para su evaluación.

En relación a los conceptos referentes al "self", que se consideran relevantes como factores protectivos, tenemos la *auto-estima* y la *auto-eficacia*.

Se ha sostenido que *la auto-estima* es una variable individual que tiene su base en la infancia media, cuando los niños pueden compararse con los pares (Ruble, D.N. et al., 1980). H. Harter (1999) sostuvo que hay dos factores importantes en la construcción de la auto-estima en los muy jóvenes: *la competencia percibida en áreas importantes* (escuela, deportes, relaciones sociales, apariencia física) y un segundo factor, referido al *apoyo social y aprobación de padres, maestros y pares*. Un estudio genético conductista, realizado por S. McGuire et al. (1999) demostró que la auto-estima está primariamente explicada por factores genéticos no compartidos, o sea que hay muy poca influencia ambiental en su construcción en relación a lo que se pensaba. En relación a su desarrollo, varios investigadores observaron que es relativamente alta en los años infantiles y muestra una declinación significativa cuando se entra en la adolescencia (Robins R.W. et al., 2002), probablemente por los cambios biológicos, cognitivos, sociales y académicos que tienen lugar (Finkenauer, C. et al., 2002).

Se considera que la auto-estima es un índice importante de bienestar y salud mental en los niños (Bos, A.E.R. et al., 2006), y que está ligada a la felicidad y satisfacción en los años futuros. Varios años atrás, J. Greenberg, T. Pyszczynski y S. Salomon (1986) habían planteado la teoría del "manejo del terror" (TMT), afirmando que las personas con auto-evaluación positiva poseían un "buffer" contra el miedo normal y humano a la muerte. Investigación posterior mostró que *altos niveles de auto-estima reducen la ansiedad, y también los comportamientos defensivos relativos a la ansiedad* (Pyszczynski, T. et al., 2004).

Un dato interesante es que J.M. Twenge y W.K. Campbell (2001) mostraron que la auto-estima de los jóvenes americanos se había incrementado notoriamente entre los años 80 y el 2000. Este dato sería contradictorio con el aumento que han tenido los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes en las últimas dos décadas (Twenge, J.M., 2000) y pone en tela de juicio su cualidad protectora. No obstante, los autores sostienen que este fenómeno se relaciona con el incremento de otras influencias negativas ambientales sobre niños y adolescentes, tales como la violencia.

La *auto-eficacia* fue definida por A. Bandura (1997) como "la habilidad percibida para producir un efecto deseado" y, por lo tanto, relativamente independiente de las habilidades realmente presentes. Este autor la considera como de rol pivote en la auto-regulación de los estados afectivos y productora de ansiedad cuando los sujetos se perciben poco hábiles para afrontar situaciones amenazantes. Sostiene que todos tenemos percepciones negativas de nuestras habilidades en algún momento frente a las dificultades de la vida. *Lo que hace la diferencia, es qué estrategias se implementan frente a esas percepciones* (Bandura, A., 1997).

Diversas investigaciones, identificaron a este factor individual como protector de ansiedad y depresión en niños y adolescentes (Bandura, A. et al., 1999). No obstante, D.L. Dubois y H.D. Tevendale (1999) alertan acerca de que las implicancias que la auto-estima y la auto-eficacia tienen para la adaptación durante la niñez y adolescencia hay que verlas como parte de un

rompecabezas y no sobre-simplificarlas, ya que *podrían ser desde altamente beneficiosas hasta posiblemente negativas*, según el contexto y situaciones: podrían conducir al temible egotismo y problemas de externalización.

Según P. Muris (2001) en los niños y adolescentes hay **tres dominios de funcionamiento** en los que la auto-eficacia tiene relevancia: el social (capacidad percibida para involucrarse en relaciones con pares), el académico (capacidad percibida para aprender y lograr los objetivos académicos) y el emocional (capacidad percibida para afrontar emociones negativas).

En un reciente estudio, W. Troop-Gordon y G.W. Ladd (2005) afirmaron que *necesita considerarse la relación entre auto-eficacia y otros factores*, ya que la victimización por parte de los pares, resultó reducir la auto-estima social y las creencias positivas en los niños.

La regulación emocional fue definida por R.A. Thompson (1994) como "procesos intrínsecos y extrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente en sus rasgos temporales y de intensidad, para lograr los propios objetivos". M.A. Southam-Gerow y P.D. Kendall (2002) la distinguieron como un constructo dialéctico que *involucra tanto la emoción como conducta reguladora, como la emoción como fenómeno regulado*. Los niños pequeños usan estrategias rudimentarias para regular las experiencias emocionales y, a medida que van creciendo, esas conductas se vuelven más complejas y sofisticadas incluyendo el uso de la distracción, la habilidad para resolver problemas, el cambio de foco atencional, la relajación, la re-estructuración cognitiva, la búsqueda de confort y la movilización de emociones positivas (Silk, J.S. et al., 2006). Está asumido en general, que *una adecuada regulación emocional es un pre-requisito para preservar la salud mental* (Southam-Gerow, M.A. y Kendall, P.D., 2002).

C. Suveg y J. Zeman (2004), de un estudio realizado con niños ansiosos y no-ansiosos, concluyeron que los primeros mostraban dificultad para manejar la preocupación, la tristeza y la agresión, debido posiblemente a las experiencias emocionales intensas que informaron haber vivido y a la baja

confianza en habilidades para controlar la activación emocional. Consideraron este factor central en la ansiedad infantil.

Respecto al afrontamiento, R.S. Lazarus y S. Folkman (1984) lo definieron como "esfuerzos cognitivos y comportamentales en constante cambio, para manejar demandas específicas internas y/o externas que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona". Se consideran básicamente de **dos tipos** y juegan un rol importante tanto en niños como en adultos: *el afrontamiento centrado en la resolución de los problemas en sí mismos* y *el focalizado en las emociones*, dirigido a paliar las emociones negativas que emergen como consecuencia del evento estresante.

En el campo de las ansiedades infantiles, B.E. Compas et al. (1999, 2001) lo definieron como "esfuerzos volitivos para regular la emoción, cognición, comportamiento, fisiología y ambiente, en respuesta a estímulos y circunstancias estresantes". Ellos sugieren, con un enfoque evolutivo, que los intentos de afrontamiento en los más jóvenes están constreñidos por el desarrollo biológico, cognitivo, social y emocional. Esto significa que *el nivel evolutivo define los recursos disponibles y los tipos de afrontamiento implementables*. A pesar de este recaudo, dichos investigadores llegaron a la conclusión de que el afrontamiento comprometido y focalizado en el problema aparece asociado a mejor ajuste psicológico que el centrado en las emociones y desligado. Resultados similares refieren también a situaciones de ansiedad, o mixtas con depresión, específicamente (Langrock, A.M. et al., 2002).

No obstante, B. Kochenderfer-Ladd y K. Skinner (2002), aclararon que dicha estrategia traía resultados beneficiosos en ciertas circunstancias con las que se enfrentan los niños y jóvenes; no resulta así, por ejemplo, cuando hay victimización por parte de pares. L.J. Lengua y I.N. Sandler (1998) ya habían afirmado que el estilo de afrontamiento activo se relacionaba con bajos niveles de ansiedad sólo cuando los niños desplegaban *altos niveles de flexibilidad en sus estrategias*.

Pareciera que este último rasgo es el más protector, y el afrontamiento activo requiere de la adecuación al contexto para mantener esa cualidad.

Los mecanismos de defensa han sido revitalizados en el DSM 2000, con el sentido psicodinámico tradicional como "procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo contra la ansiedad y de la conciencia de estresores o peligros tanto internos como externos". En relación a la teoría freudiana, es necesario considerar que la ansiedad no se refiere a los síntomas per se, sino a entenderlos como "ansiedad neurótica", como una preocupación inconciente acerca de las consecuencias de expresar los instintos profundamente enraizados. Asimismo es importante considerar la "conciencia" en la distinción freudiana. De esta manera los mecanismos de defensa permitirían a los sujetos reprimir los impulsos salvaguardándolos de la conciencia y, por ende, reduciendo la activación emocional ("arousal") asociada a ellos.

Hay muy pocos estudios acerca de este tema en niños y jóvenes. Lo que se conoce permitió demostrar que, *a mayor madurez en el estilo de las defensas en los adolescentes, mayor el grado de ajuste* (Muris, P., Winands, D. y Horselenberg, R., 2003).

También P. Cramer y A. Tracy (2005) encontraron que *la cantidad y calidad de los mecanismos de defensa pueden definir el paso hacia la adaptación positiva o la psicopatología, en una relación no lineal causa-efecto*. Por ejemplo, la **disociación** puede tener consecuencias positivas o negativas en el desorden de estrés post-traumático; puede ayudar a los adolescentes a mantener el trauma separado y funcionar adecuadamente en la vida, o a generar un comportamiento crónico, segmentando los afectos y conductas, e interfiriendo en la construcción de la identidad propia de la etapa.

Algo semejante sucede con la **negación**. E. Rassin (2005), y A. Elhers, R.A. Mayou y B. Bryant (2003), hallaron que la negación de las imágenes y pensamientos asociados con trauma en niños eran predictores de un PTSD más severo en caso de accidentes de tránsito, aunque, en forma benigna, el DSM 2000 la considera una defensa madura y de buena adaptación.

Considerados en conjunto el afrontamiento, las defensas y la regulación emocional, hay evidencia acumulada de que son no sólo factores protectivos en la ansiedad de niños y adolescentes, sino que también se vieron como variables que moderan el impacto negativo de los eventos estresantes de la vida (Silk, J.S. et al., 2006), y son los mediadores entre los factores de vulnerabilidad familiar (apego, estilos de crianza negativos, estrés familiar) y los problemas de ansiedad infantil (Purdie,N., Carroll,A. y Roche,L., 2004; Suveg, C. et al., 2005).

El apoyo social está visto en general como un factor que juega un rol importante en el mantenimiento del ajuste y bienestar de los niños y adolescentes. Cobb (1994) expresó: "el pertenecer a una red de comunicación y obligaciones mutuas, el ser estimado, valorado, amado y cuidado por otros, es una necesidad de todo ser humano".

Ciertamente varios estudios muestran que *el apoyo por parte de los padres y pares*, actúa como variable moderadora del estrés y protege a niños y jóvenes de desarrollar síntomas tanto internalizadores como externalizadores después de haber sido confrontados con situaciones adversas y eventos negativos de la vida, tales como divorcio, victimización, abuso, pobreza (Grant, Compas y Thurm, 2006).

En 1999 Fordman y Stevenson-Hinde demostraron en un estudio longitudinal que en niños de 10 años que habían sido puntuados con altos niveles de "vergüenza" a la edad de 4.5 el apoyo de los pares y el poseer un amigo íntimo años después, podía tener un efecto de protección contra el potencial efecto negativo de la vergüenza. Es de destacar que las autoras concluyeron más ampliamente, y con una visión interaccional, que a los 10 años de edad la baja auto-valía y el rasgo ansioso de personalidad que correlacionaban significativamente con la vergüenza, podía influenciar pero a la vez ser influenciado por las relaciones con pares, como mediador protectorio.

Quamma y Greenberg (1994), Von Weiss et al. (2002), y Barrera, Fleming y Khan (2004) demostraron *el impacto moderador sobre la ansiedad,*

que tenía el apoyo familiar percibido por niños en situaciones de alto estrés, tales como enfermedades graves de familiares, violencia de pares o de la comunidad.

De los diferentes estudios se puede concluir que: hay diferencias de género en los beneficios (las niñas se benefician más que los varones con el apoyo social), el apoyo parental es más protectorio cuanto menor es el niño, el efecto "buffer" es más protectorio cuanto menos intenso es el estresor y que el soporte social puede también ser contraproducente (disminuye la adaptación exitosa a largos plazos) (Landman-Peters et al., 2005; Helsen, Vollenberg y Meeus, 2000; Hammack et al., 2004).

Una conclusión común que han remarcado los investigadores actuales, es la de comenzar a focalizarse hacia el futuro, en los recursos y rasgos protectivos que pueden amortiguar el desarrollo de ansiedad patológica en niños y jóvenes, en la línea de lo que la Psicología Positiva viene enfatizando (Seligman, 2002; Peterson, 2006).

Asimismo, de los resultados obtenidos hasta el presente se puede inferir que, si bien hay factores que muestran una cualidad protectoria, sean de naturaleza primordialmente genética o adquirida en relación con factores ambientales, es muy difícil sacar conclusiones sin considerarlos en relación de compensación/descompensación o potenciamiento/disminución en sus efectos mutuos, en relación a los factores de riesgo y los contextos particulares.

c) Factores de mantenimiento

¿Cómo se mantienen las fobias, una vez que se adquirieron? Esta cuestión refiere al interés de los psicopatólogos del desarrollo por los "factores de mantenimiento".

El modelo de Mowrer (1960) sugiere que la conducta evitativa es la responsable del mantenimiento de los temores fóbicos. Específicamente, dicho autor sostiene que la evitación "trae un estado de alivio y seguridad", y de esta manera refuerza negativamente el comportamiento evitativo. Al minimizarse el contacto directo y prolongado con el estímulo temido, quedaría impedida la persona ansiosa de aprender que, de hecho, los estímulos o situaciones terribles no son en verdad dañinos.

Otros varios clínicos (Ollendick, Vasey y King, 2001; Albano et al., 2004) sostienen que la conducta evitativa en las ansiedades infantiles muestra una auto-evidencia marcada como sostenedora de la ansiedad.

Si bien esto aparece claro en las investigaciones de los conductistas, hay otros mecanismos, inspirados en la psicología cognitiva, que se descubrieron como relevantes. Están referidos a anomalías en el procesamiento de la información: las distorsiones cognitivas (Kendall, 1985) y el pensamiento disfuncional y negativo (Beck, 1976).

Las distorsiones cognitivas, reflejan la sobre-actividad crónica en los niños ansiosos, de los esquemas organizados en relación a los temas de peligro y amenaza. Investigación más reciente, también ha demostrado que dichas distorsiones cognitivas tienen lugar en niños y adolescentes ansiosos (Vasey y MacLeod, 2001). Sus orígenes se encuentran en la etapa de codificación de la información, en la cual niños y adolescentes seleccionan la información más relevante de los estímulos o situaciones para un procesamiento posterior, mientras otra menos importante es negada. En el escalón subsiguiente, el significado es "abrochado" a la información codificada, y en los momentos posteriores, esta interpretación se utiliza como el lineamiento más importante para la selección y puesta en acción de las conductas de respuesta a aquellos (Daleiden y Vasey, 1997).

Entre estas distorsiones cognitivas, hay algunas que se consideran relevantes en el mantenimiento de las fobias en niños: el *sesgo atencional*, la *distorsión en la interpretación de eventos*, el *sesgo en la reducción de la*

evidencia del peligro, el sesgo mnémico, el razonamiento emocional o una covarianza de todos/algunos de ellos hacia el futuro.

El *sesgo atencional*, que se construiría tempranamente en los niños, se refiere a la priorización o hiper-atención a datos amenazantes de las diversas situaciones/objetos, que operan perpetuando o intensificando la ansiedad hacia ellos (Mineka y Sutton, 1992). Funciona así tanto en adultos como en niños (Vasey y otros, 1996; Vasey y MacLeod, 2001).

Kindt et al. (1997) habían encontrado una correlación negativa entre este sesgo y la edad en el grupo control, mientras la correlación aparecía positiva en los niños fóbicos. Esto sustentaría la opinión de que en los estadios infantiles tempranos es normal la hiper-atención a los rasgos amenazantes de la realidad, y se va produciendo una inhibición de este sesgo a medida que los niños crecen. Esta interpretación encaja con el hecho bien documentado de que en la mayoría de los niños, los temores normales evolutivos tienden a disiparse con la edad. No obstante, investigaciones más recientes (Dalglish y otros, 2003) cuestionan seriamente la validez de al menos algunas de las mediciones de este sesgo, por lo que es necesario profundizar en el tema para conclusiones más contundentes.

Con respecto a *la distorsión en la interpretación de los eventos*, se hicieron investigaciones con homónimos que podían ser interpretados ambiguamente (Hadwin et al., 1997) y se encontró que los niños con rasgos ansiosos altos correlacionaban positivamente con interpretaciones amenazantes, confrontados con los niños poco ansiosos. Chorpita, Albano y Barlow (1996) habían obtenido evidencia preliminar de que la interacción niño-padres podría reducir la interpretación amenazante. Lo que está sustentado en suficiente evidencia empírica es que esta distorsión está presente en niños y jóvenes ansiosos y nos facilita comprender cómo perciben el mundo externo y cómo esta significación se asocia a procesos de pensamientos ansiosos (Dineen y Hadwin, 2004); no obstante, se conoce todavía poco acerca de su rol específico en el mantenimiento del comportamiento fóbico, como asimismo

queda poco claro si se relaciona con un rasgo general de ansiedad o con estados de ansiedad específicos.

El sesgo referido a *la reducción en la evidencia del peligro* lo habían mencionado Daleiden y Vasey (1997), refiriéndose a que en los niños ansiosos las señales más mínimas de amenaza disparan rápidamente el procesamiento de la información y la consecuente respuesta ansiosa. Ellos están sumamente vigilantes a señales potenciales de amenaza y, una vez que las codifican así, rápidamente se mueven hacia el escalón interpretativo y concluyen que la situación es peligrosa, aunque la constatación posterior de tal información se los contradiga. Varios estudios han confirmado esta idea, de que las mínimas señales de amenaza disparan rápidamente interpretaciones negativas con también mínima información, en los niños ansiosos (Muris et al., 2000; Muris, Meesters, Smulders y Mayer, 2005). De la misma manera, está demostrado que este sesgo opera durante los estadios más conceptuales del procesamiento de información, acompañando a la ansiedad infantil (Muris y Van Doorn, 2003).

El sesgo mnémico, es una distorsión cognitiva, que refiere al fenómeno de que se recuerda mejor la información congruente con el estado de ánimo presente. En el caso de los desórdenes de ansiedad, hay muy pocos estudios que demuestren que los jóvenes manifiestan una memoria más intensa para la información referida a peligros y amenazas (Moradi, Taghavi et al., 2000). Si hay mayor cantidad de pruebas empíricas acerca de que el sesgo mnémico en desórdenes ansiosos está presente en adultos, aunque este hallazgo no es tan convincente como en otras patologías, tales como la depresión (Harvey et al., 2004). Nuevamente, es necesario profundizar los estudios en muestras infantiles y adolescentes para aseveraciones mejor fundamentadas.

El razonamiento emocional, no sólo es un rasgo clave en los ataques de pánico (APA, 2000), sino uno de los más importantes concomitantes de la psicopatología ansiosa en general (Marks, 1987), tanto en adultos como niños y adolescentes (Fonseca y Perrin, 2001). La experiencia de ciertos síntomas físicos, tales como palpitaciones, sudoración y temblor, hace que se tienda a

inferir peligrosidad de estas respuestas emocionales y a este fenómeno se lo llamó "razonamiento emocional". Ya Beck, Emery y Greenberg (1985) habían observado que "muchos pacientes ansiosos usan estos sentimientos para validar sus pensamientos y comenzar un círculo vicioso: "Estaré ansioso cuando busque los datos, y por lo tanto habrá algo que temer". Obviamente, cuando el peligro es inferido más de las respuestas subjetivas a la ansiedad que de las amenazas objetivas, las alarmas falsas no son reconocidas y los temores irracionales tienen a persistir.

Muris, Merckelbach y Van Spauwen (2003) hallaron evidencia de los efectos del razonamiento emocional en los niños, especialmente que "altos niveles de rasgo ansioso y sensibilidad a la ansiedad están acompañadas de una gran tendencia a usar la información de las respuestas ansiosas como una interpretación heurística para evaluar la peligrosidad de signos objetivamente seguros". Es interesante agregar que Arntz et al. (1995) ya habían demostrado que los adultos normales fundamentan en información objetiva las calificaciones otorgadas al nivel de peligro y no en sus respuestas emocionales ansiosas. Esto implica que las cuestiones evolutivas son relevantes y que la información otorgada por las respuestas ansiosas sensibilizan a los niños a un peligro potencial, pero sólo en algunos el razonamiento emocional persiste a medida que crecen. No obstante, P. Muris (2007), cree que este tema no está aún suficientemente claro como factor de mantenimiento.

El sesgo de co-varianza y la probabilidad de ocurrencia futura se refiere a que las anomalías en el procesamiento de la información pueden ser particularmente relevantes para las futuras confrontaciones con estímulos y situaciones y así jugar un rol importante, especialmente en el mantenimiento de las fobias específicas.

Sujetos fóbicos adultos han tendido a sobre-estimar que la aparición de un objeto temible (arañas, por ejemplo) va a ser seguida por un estado ansioso (co-varianza) y, de esta manera, las expectativas negativas juegan un rol en la continuación de las fobias. Muris, De Jong et al. (2005) replicaron el estudio en

una muestra no-clínica de niños entre 8 y 13 años, y no pudieron llegar a las mismas conclusiones.

El sesgo acerca de la probabilidad implica que los individuos ansiosos estiman que eventos negativos futuros tienen alta posibilidad de acaecer, especialmente a ellos (Butler y Mathews, 1983, 1987). La evidencia de este sesgo en niños y adolescentes es mixta: tanto niños ansiosos como deprimidos clínicamente han arrojado resultados inconsistentes en distintos estudios. Dalglish et al. (1997, 2000) han sugerido que este tipo de sesgo, especialmente en el contexto clínico, puede estar opacado por los procesos de "inhibición estratégica" en niños y adolescentes, como intento de negar o evitar que ocurran eventos negativos futuros. Muchos autores creen que este sesgo no aparece, en parte, por dificultades en la validez de las metodologías y, en parte, como sugieren Alfano et al. (2002), porque también es posible que ciertas distorsiones requieran de una mínima maduración cognitiva antes de que emerjan consistentemente en jóvenes ansiosos.

Con respecto al pensamiento disfuncional y negativo, numerosos autores señalan su importancia en los problemas psicopatológicos infantiles y adolescentes, incluidos los ansiosos (Kendall y MacDonald, 1993). Los tipos más investigados en el mantenimiento de estos trastornos son: la *preocupación*, el *lenguaje auto-referencial negativo*, los "*errores cognitivos*" y algunos *otros procesos de pensamiento*, que juegan un rol en ciertos tipos específicos de desórdenes tales como: los déficits en las habilidades sociales y el auto-concepto negativo en la fobia social, el perfeccionismo, la intolerancia a lo impredecible y las creencias falsas en la ansiedad generalizada, la fusión pensamiento-acción y la meta-cognición en los trastornos obsesivo-compulsivos, la tendencia a catastrofizar en el miedo al dolor.

Especificando con respecto a la *preocupación*, ésta fue definida por Borkovec, Robinson et al., en 1983, como "una cadena de pensamientos e imágenes, cargados de afecto negativo, y relativamente incontrolables".

Su presencia ha sido comprobada en varios de los desórdenes ansiosos: la ansiedad generalizada (APA, 2000), el TOC, la fobia social y el pánico (Dugas et al., 1998). No muchos estudios se realizaron en particular en niños y adolescentes y varios de ellos mostraron que la preocupación es un fenómeno muy común entre los 8 y 12 años de edad, y sólo una minoría del 6% de los investigados la manifestaban en rangos patológicos (Henke, Whalen y O'Neill, 1995; Muris et al., 2000). Cuando se compararon los contenidos cognitivos de las preocupaciones en niños entre 8 y 13 años, tanto en las muestras clínicas como no-clínicas, referían a la anticipación de resultados negativos futuros (Szabó y Lovihond, 2004). Lo que diferenciaba a ambas muestras era que los niños de la "clínica mostraban pensamientos de preocupación asociados a menor percepción de habilidad para afrontar las situaciones temidas, y más rumiación, que los "no-clínicos".

A pesar de que parece obvio que las preocupaciones ayuden a mantener las ansiedades, hay poca evidencia empírica de esto. Dos últimos estudios, realizados por Suarez y Bell-Dolan (2001) y Suarez-Morales y Bell (2006) han demostrado que la preocupación está significativamente asociada a varias anormalidades en el procesamiento de información y que puede considerarse como otro componente actuante en la patología, pero no se puede aseverar aún que sea factor de mantenimiento.

Por *lenguaje auto-referencial negativo* se entiende el diálogo interno que el niño tiene consigo mismo, mientras se confronta efectivamente a los potenciales estímulos o situaciones peligrosas, "incluyendo lo que se dice acerca del ambiente externo, su propio comportamiento, o las relaciones entre ambos" (Prins, 1985). Lo que este autor encontró fue que los niños con alto nivel de miedo prácticamente se encerraban en conversaciones consigo mismo de tinte negativo, mientras que los poco miedosos mostraban una variedad mayor de patrones en esos diálogos internos, hasta incluyendo pensamientos positivos. Estos resultados, replicados en un estudio de seguimiento (Prins, 1986), volvieron a mostrarse similares.

Según P. Muris (2007) es dable pensar que este tipo de lenguaje auto-referencial negativo promueva afrontamientos evitativos y estrategias emocionales de regulación, que en el largo plazo mantienen el miedo y la ansiedad. No obstante, aclara que todavía se carece de evidencia empírica sobre su cualidad específica de mantenimiento.

Los "errores cognitivos" refieren a formas de pensamiento equivocadas o negativas, tales como la sobre-generalización, la abstracción selectiva, la catastrofización, y el hacerse cargo de la responsabilidad por los eventos negativos (Beck et al., 1979). Varios estudios, y con diferentes diseños, se han realizado respecto a los "errores cognitivos" y su relación con la psicopatología infanto-juvenil.

Leitenberg et al. (1986), demostraron que los niños con altos niveles de ansiedad a la evaluación mostraban más cantidad de todas las clases de errores cognitivos que los de baja ansiedad a la evaluación. Leung y Wong (1998) y Epkins (2000) comprobaron que dichos "errores" se asociaban más a problemas de internalización que de externalización.

Weems et al. (2001) demostraron no sólo correlación entre ansiedad y errores cognitivos, sino que la sobre-generalización era el mejor predictor de la ansiedad-rasgo, que la catastrofización y personalización eran los mejores predictores tanto de la sensibilidad a la ansiedad como de la ansiedad manifiesta, mientras los síntomas de depresión se podían predecir mejor por la sobre-generalización y la abstracción selectiva.

Se considera que en la etapa infantil todavía la investigación acerca de la relación entre esquemas disfuncionales y errores cognitivos, con los síntomas ansiosos, todavía es escasa y falta de consistencia metodológica.

Paralelamente a los modos negativos de pensamiento asociados a un amplio rango de desórdenes ansiosos, se han estudiado *procesos específicos*, que parecen tener un rol único en ciertos tipos de ansiedad infantil.

Algunos estudios se centraron en *la relación entre los déficits en las habilidades sociales y la auto-evaluación negativa* respecto a la fobia social. Alfano, Beidel y Turner (2006) llegaron a la conclusión de que el nivel de competencia en el desempeño en las habilidades sociales era menor en los niños fóbicos sociales que en los no-ansiosos. Cartwright-Hanton et al. (2003) y Morgan y Banerjee (2006) subrayaron que los niños y adolescentes fóbicos sociales "son ansiosos no porque adolezcan de habilidades sociales, sino porque creen que les faltan".

Un interesante estudio reciente hecho por Blöte y Westernberg (2007) demostró que los adolescentes altamente ansiosos sociales no solamente se sienten tratados negativamente por los pares, sino que efectivamente se acercan a los otros de una manera negativa.

Existen también algunos escasos estudios que *correlacionan el perfeccionismo, la intolerancia a la impredecibilidad y las creencias falsas con la ansiedad generalizada*. Mc Creary et al. (2004) estudiaron muestras infantiles no-clínicas y encontraron que tanto el perfeccionismo social ("los otros esperan que sea perfecto") como el auto-crítico ("no puedo cometer un error"), están asociados con síntomas de ansiedad generalizada y son predictores de éstos hasta un año después en el seguimiento. De Bruin, Rassin y Muris (en prensa), sostienen que estas cogniciones son más bien los productos típicos del temperamento neurótico y por lo tanto falta más investigación para aseverar si poseen un valor adicional, más allá de ser un factor de vulnerabilidad en el GAD. En población adulta, hay estudios que indican que estas variables cognitivas, también están presentes en otros desórdenes de ansiedad (Sica et al., 2004).

En un estudio recientemente publicado, Stevenson-Hinde et al. (2007) encontraron que los puntajes altos de ansiedad materna en niños ansiosos se asociaban a *disatisfacción marital y mal funcionamiento familiar percibidos* por madres y padres, y depresión en los padres, y las medias obtenidas se mantuvieron consistentes a lo largo de 8 años. Aquellos que se divorciaron en el transcurso de ese tiempo presentaban puntajes iniciales muy altos referidos

a la percepción negativa del funcionamiento familiar, el ajuste de la pareja y la ansiedad materna. Si bien los autores no hacen referencia a las intervenciones terapéuticas implementadas, mencionan a las variables familiares y su modificación asociadas a la evolución positiva o negativa de los síntomas de ansiedad infantiles.

Cabe mencionar finalmente que, en un meta-análisis referido más en general a diferentes disfuncionalidades, L. Steinberg y S. Avenevoli (2000), han deducido de múltiples investigaciones que *"el contexto tiene una función específica en afectar el curso de la psicopatología, en relación a cuáles componentes comportamentales, afectivos o cognitivos de la patología se repitan"*. Este dato apoya la inclusión del contexto, como afectando el mantenimiento de los comportamientos disfuncionales.

P. Muris (2007) se refiere a los estudios relativos al mantenimiento de las ansiedades como necesitados de mayor comprobación empírica. Hasta acá la evidencia científica muestra asociación entre los factores mencionados y los síntomas ansiosos. Resulta relevante señalar que este autor afirma que: *"si las anomalías cognitivas son realmente vehículos que están detrás de la persistencia de los miedos y ansiedades en los jóvenes, entonces un tratamiento efectivo debería eliminar los procesos de mantenimiento"*. Esta afirmación, extiende el horizonte futuro a los diseños de investigación-intervención, y de resultados de efectividad terapéutica, como prueba empírica de los factores de sostenimiento de los desórdenes de ansiedad.

Si bien refiere a una investigación en población adulta, resulta pertinente, como antecedente del presente estudio, incluir a esta altura los resultados obtenidos por G. Nardone (1995) desde una epistemología circular cibernética (Modelo del Mental Research Institute de Palo Alto). Su estudio empírico estuvo realizado sobre una muestra clínica de 152 casos, mediante una metodología de investigación-intervención, en la que a partir de los resultados terapéuticos obtenidos en trastornos de ansiedad diversos (fobias

específicas, agorafobia, ataques de pánico) y obsesiones-compulsiones, formuló un modelo operativo y fenomenológico de la formación, persistencia y cambio de dichos trastornos de ansiedad.

Su foco de investigación estuvo puesto en los sistemas de percepciones-acciones, que los pacientes presentaban en relación a sí mismos y sus contextos inmediatos. Sus conclusiones más relevantes, fueron las siguientes:

- a) Los trastornos graves aparecieron inicialmente en el 68% de los casos, sin motivo aparente, o a partir de un episodio poco importante de miedo, que indujo dudas y pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de sentirse mal, lo que activó la emoción- miedo. A partir de ahí, y paulatinamente, las dudas se fueron transformando en fijaciones "fóbicas" auténticas, pensamientos cada vez más multiplicados, por lo que los sujetos comenzaron a desarrollar las típicas conductas de evitación, respecto a todo aquello que pudiera parecer susceptible de disparar semejante cadena de pensamientos y emociones.
- b) En el 32% restante de los casos, a partir de un primer episodio de miedo y somatización, los sujetos empezaron a mostrarse en un estado de alerta permanente ante sus propias reacciones fisiológicas. Al constatar que algunas situaciones daban lugar a fuertes reacciones emotivas, con sus consiguientes somatizaciones, también desarrollaron comportamientos de evitación y rechazo o de intentos de control de estas reacciones fisiológicas, con el resultado de aumentar la complejidad y agravamiento de los síntomas.
- c) Concluye de lo anteriormente hallado que lo que determina la constitución de la sintomatología grave "fóbica" no es el hecho inicial —que puede ser casual y poco reconstruible— sino "todo lo que el sujeto realiza para evitar el miedo", o sea, las *soluciones ensayadas para evitar el miedo a desencadenar sus propias*

reacciones emotivas y somáticas de miedo y que acaban por situarla en un nivel de generalización completa de las percepciones y reacciones fóbicas frente a la realidad. Es a esta altura cuando la persona construye su "impotencia aprendida", fenómeno vastamente investigado por los cognitivistas, como la situación/condición de no poder controlar los acontecimientos, lo cual, a su vez, eleva la ansiedad. En coherencia con esto Salvini agrega a lo de Nardone: "existe una mayor probabilidad de desarrollar un grave trastorno emocional si la causa se percibe como "interna", es decir derivada de la incapacidad personal"... "La condición de impotencia aprendida puede determinar tres condiciones psicológicas: la depresión, una reacción de miedo aguda y crónica de tipo persecutorio, el recurso a rituales y creencias capaces de controlar la amenaza de los acontecimientos temidos. La mediación cognitiva, las variables de personalidad, y sobre todo los esquemas de respuesta culturalmente disponibles, influyen en el tipo de acción defensiva" (A. Salvini, 1991). Cabe mencionar aquí que, también desde una visión cognitiva, D. Bogiaizian (2004) sugiere que "el deseo por el control posee relevancia efectiva para la comprensión de la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el de pánico"... "en las mediciones previas al tratamiento se encontró una correlación significativa y positiva entre la ansiedad y el deseo por el control, y una correlación positiva también entre la ansiedad y la sensación negativa del control"... "los resultados de este estudio empírico son consistentes con la hipótesis general (del estudio)... que la sobreestimación del control podría ser considerada como una variable relevante que puede ayudar a comprender las disfunciones asociadas a la ansiedad".

- d) Una vez establecida la dinámica de retroacción entre sujeto y realidad, la misma tiende a mantenerse constante, como un sistema recursivo autorreverberante, precisamente gracias a los esfuerzos por cambiar que realiza el propio sujeto y que puede

involucrar a otros. Isomórficamente a lo que Maturana y Varela (1978, 1980) describieran para los sistemas autopoieticos naturales, el sistema perceptivo-reactivo fóbico, en sus relaciones con la realidad, funciona con autonomía de los estímulos reales externos, manteniendo cibernéticamente un equilibrio disfuncional. Esta cualidad es la que hace necesaria una intervención terapéutica "para cambiar no sólo las reacciones comportamentales de un sujeto, sino su organización cognitiva y, sobre todo, sus percepciones frente a la realidad" (Nardone, 1997).

e) el estudio permite observar ciertas "soluciones ensayadas" típicas de los sujetos con diversos trastornos de ansiedad fóbica:

- en la *agorafobia*: a partir de una experiencia inicial de malestar o ansiedad, con somatizaciones, marcada por la sensación de sentirse solos, incapaces e impotentes frente al malestar, se desarrollan dos tipos de soluciones: la evitación (que conduce a una cadena de evitaciones hasta impedir cualquier exposición personal) y la petición de ayuda a personas queridas (que, gracias a las retroacciones relacionales de aquellas protectoras, conducen a la indispensabilidad del soporte del otro en cualquier situación de exploración o alejamiento)
- en los *ataques de pánico*: aparece un primer episodio, real o imaginario, de aguda somatización ansiosa (taquicardia, mareo, desfallecimiento, etc.) o de miedo agudo a sentirse mal. Éstos desencadenan el "intento de control" de las propias funciones orgánicas, con el resultado evidente del bloqueo ansioso o mal funcionamiento de las mismas. En numerosos casos de este tipo se llega a querer controlar el propio miedo al trastorno, alimentándolo hasta llegar a provocar un auténtico "miedo al miedo", que mantiene y amplifica el miedo.

En el pánico también intervienen retroacciones sociales de intentos de protección por parte de los familiares, que confirman la "gravedad" del trastorno, de la misma manera que actúa el diagnóstico psiquiátrico como etiqueta de una "enfermedad" con componentes orgánicos.

- en el *síndrome compuesto de agorafobia y ataques de pánico*: se destaca la presencia de las soluciones ensayadas y la persistencia del problema de ambos tipos previos. No se percibe una causalidad temporal entre ambos y resaltan los intentos de solución de evitación, de petición de ayuda y de obsesivo control de las propias reacciones internas, a los que generalmente se añade el intento de solución farmacológica. Los factores que mantienen el equilibrio de este tipo de sistema percepción-reacción son numerosos y con diferente prevalencia de los pertenecientes a una u otra clase.
- En el *síndrome fóbico-hipocondríaco*: se manifiesta un primer episodio de miedo a haber contraído una enfermedad grave, posterior a alguna enfermedad realmente contraída, o por parte de algún cercano significativo, o por información recibida acerca de ella. A raíz de dicha experiencia o información, los sujetos comienzan una vigilancia obsesiva en busca de todos los síntomas físicos posibles de la presunta enfermedad. La reacción de controlar obsesivamente el propio organismo tiene como consecuencia el descubrimiento de síntomas de alteración orgánica, que alimentan la atención obsesiva, que a su vez hace que aumente la percepción de las alteraciones del organismo. En estos casos, paradójicamente, los diagnósticos médicos negativos respecto a los temores de los sujetos, alimentan el miedo y la fijación, en vez de reducirlos o eliminarlos (los estímulos externos reales no reestructuran el sistema rígido percepción-reacción). Con frecuencia en estos casos, las personas están tan

agobiadas por el temor a la enfermedad, que aparecen verdaderos trastornos psicosomáticos.

- f) se concluye que las atribuciones de causalidad, la categorización de los acontecimientos, la tendencia a otorgar un sentido completo y "una estructura narrativa" tanto a los episodios como a la secuencia heterogénea de los acontecimientos, desempeñan un papel importante en la organización de la interpretación amenazadora, más o menos justificada, de la realidad. En otras palabras ésta es construida desde los "esquemas mentales" de los sujetos y a partir de esta contrucción se establece un "juego perverso" de acciones y retroacciones, del que pueden participar también otros pertenecientes al contexto inmediato, que retroalimentan el sistema cibernético percepción-reacción del sujeto fóbico. Cuando se ha consolidado este sistema frente a la realidad, la persona se halla en condiciones de organizar espontáneamente cualquier percepción o información, mediante el filtro y la lente deformante del miedo, e intenta repetir las soluciones ensayadas, como una manera de disminuir o escapar transitoriamente del miedo. "Sobre esta función se asienta el poder inicial de su persistencia", dice Nardone.

En relación a los objetivos del presente trabajo, la investigación descripta:

- a) representa un significativo aporte y antecedente en el campo de estudio de los temores disfuncionales, desde una metodología circular, novedosa en la investigación empírica.
- b) muestra la asociación retroactiva entre los sistemas de percepción-acción en esta disfunción, aunque la afirmación de éstos como factores de mantenimiento de ese tipo de problemas requeriría en sentido estricto de un grupo-control comparativo para ser concluyente.

- c) debido probablemente a que se trata de una población adulta, se menciona a "los otros significativos" como pudiendo formar parte de las soluciones ensayadas. En el caso de investigar la clínica infantil, por la natural dependencia y relación estrecha con los adultos (especialmente la familia) -ampliamente demostrada desde los diversos aportes de la Psicología y la Psicopatología del Desarrollo- se vuelve lógico y necesario el análisis de circuitos de retroalimentación que incluya a los adultos de influencia significativa.

En conclusión, la consideración del frondoso, y a veces contradictorio, conocimiento obtenido en el tema que nos ocupa nos lleva a darnos cuenta de la complejidad involucrada en los temores disfuncionales infantiles y también de la necesidad de avanzar con nuevas metodologías de estudio.

A la altura actual del conocimiento científico, nadie duda que los diversos factores mencionados, de vulnerabilidad genética, cognitivos, de aprendizaje y en relación a los vínculos con el ambiente externo, están correlacionados y/o asociados con los temores disfuncionales (McLean et al., 2006).

No obstante, como bien manifiesta P. Muris (2007), a lo largo de los últimos años la gran cantidad de investigación empírica ha agregado teoría cada vez más sofisticada, pero cómo juegan todos y cada uno de los factores involucrados en cada situación particular permanece incierto. De hecho, nuevas terapias, como la del EMDR, agrega poco a las basadas en la exposición al estímulo (Rosen, Lohr, McNally y Herbert, 1998), y algunos autores han re-introducido la idea freudiana de relacionar ciertas fobias con referencias simbólicas derivadas de los conflictos inconcientes tempranos (Fuldauer, 1998). Estas conclusiones hacen que tanto Muris como Merckelbach (2007) sostengan que "es importante para las organizaciones profesionales estimular el desarrollo del consenso y los protocolos de tratamiento basados en investigación".

Asimismo considero apropiado agregar, integrando los resultados empíricos hasta la actualidad, que un modelo científico que explique el origen y, en especial, el mantenimiento de los temores disfuncionales infantiles, necesitaría no solamente de análisis multifactoriales, sino incluir también una epistemología circular que nos permita ver lo diferente que ya se atisba, y que quizás no se hace visible cuando usamos exclusivamente una lente causal-lineal, tal cual ha sucedido en otras áreas de la ciencia.

Estamos en un escalón inicial de la observación rigurosa de las influencias interactivas niño-adultos, que estudios empíricos desde una óptica sistémica ya realizados han comenzado a percibir, y el concepto de lo "gene-ambiental", recientemente acuñado, es una prueba de ello. Es probable, además, que a medida que el conocimiento de la influencia interactiva en los temores disfuncionales avance también se la pueda comprobar en relaciones más amplias (tales como entre niño y pares u otras variables macro sociales y culturales) y como factores etiológicos de sostenimiento o de protección. La muy reciente investigación de Fordham y Stevenson-Hinde (2007) muestra esta tendencia.

En analogía con una propuesta de avance e innovación, y teniendo en cuenta lo expuesto bajo el presente Título: "Conceptos de miedos, fobias y ansiedades infantiles", habrá que preguntarse si es necesario mantener las clasificaciones convencionales que circulan en el campo psicopatológico y psiquiátrico para las ansiedades infantiles, si las mantenemos sólo a los fines de generar consensos para la investigación, y si son útiles a la hora de ayudar a resolver los problemas que alteran el bienestar de los niños que llegan a consulta con este tipo de disfuncionalidades o "patologías". Este es el foco de consideración del Título siguiente.

1.3 Modelos de diagnóstico de los "temores disfuncionales" infantiles: desde dónde se construyen, y para qué

Diagnóstico se define como: *"el arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos"* (Diccionario Espasa 1, 1986). Este concepto refiere a distinguir una identidad y a la implementación de un método a los fines de evaluar los rasgos característicos o propiedades de esa identidad, a través de sus manifestaciones: síntomas y signos.

Desde este concepto, se vuelven significativas cuatro cuestiones atinentes al presente trabajo:

- 1) Los "temores disfuncionales" ¿son una enfermedad?
- 2) ¿Cómo definimos la naturaleza o identidad de los "temores disfuncionales" infantiles?
- 3) ¿Cómo implementamos la evaluación de sus síntomas y signos?
- 4) ¿Para qué diagnosticar?

La primera pregunta refiere a si los "temores disfuncionales" son una enfermedad y esto no es de simple respuesta.

Desde una visión amplia, y más allá de criterios históricos particulares, una enfermedad puede definirse como un padecimiento o dolencia que denota, por contraste con la salud, la alteración del bienestar físico, psíquico o espiritual de las personas (OMS). Desde esta concepción, los temores disfuncionales pertenecen a la categoría "enfermedad", por lo expuesto ya en la Introducción de este trabajo: hacen sufrir a un niño u otros significativamente relacionados, que los perciben como una alteración del bienestar. También explica, en parte, que consulten a un profesional del área de la salud en el intento de aliviarlos o resolverlos.

En términos más específicos, Wakefield (1992) hace una distinción en el campo de la salud mental entre disfunción y trastorno, sosteniendo que el concepto de enfermedad está incluido en este último. Expresa: "una disfunción es un término científico que refiere al fracaso de un mecanismo mental para desempeñar una función natural para la cual fue diseñado por la evolución". En cambio, el concepto de trastorno refiere, en sus palabras, a "una disfunción perjudicial". Desde su perspectiva, la primera, disfunción, implica una relación con los conceptos científicos de las teorías de la evolución que definen los mecanismos que, si funcionan, preservan este proceso pero pueden verse alterados y fracasar en el logro de su objetivo específico. El segundo término, trastorno, aparece ligado operacionalmente a "discapacidad o malestar" y, por lo tanto, es relativo a valores adjudicados y significados construidos en lo social, en referencia a qué se considera "perjudicial" o alterando el bienestar. Como solución a la dicotomía entre lo biológico/natural y lo social propone el término "disfunción perjudicial" para conceptualizar al trastorno, de manera de integrar ambos aspectos en la denominación.

Es de notar que los DSM clasifican las alteraciones mentales como trastornos, definiéndolos como "un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad, o pérdida de libertad". También en su conceptualización implican al término disfunción, ya que agregan: "Cualquiera que sea su causa, (el trastorno) debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción".

Considerando ambos aportes, el concepto propuesto en el presente trabajo de temores disfuncionales, posee el significado de "disfunción perjudicial" en los términos de Wakefield, o "trastorno" en términos de los DSM: los temores fueron evolutivamente protectivos con el fin de que la humanidad se preservara y subsistiera frente a los peligros emergentes –tal como se

expuso en la Introducción de este trabajo- y al alterarse su funcionamiento, interfirieren en la capacidad de adaptación de las personas al medio. A la vez, implican un significado otorgado de malestar o molestia construido en la interacción social por quienes se ven afectados, por contraste con la percepción de bienestar.

Desde esta concepción, quedan integrados en la clase "temores disfuncionales" los aspectos científicos y valorativos o biológicos y sociales, en términos de Wakefield.

Asimismo, resulta significativo acotar que los términos "temor" y "disfuncional" implican una connotación lingüística de *normalidad* y *reversibilidad* respectivamente, consistente con los hallazgos empíricos de que las ansiedades patológicas no sólo reflejan simplemente los extremos de los miedos "naturales" sino que también puede rescatarse el funcionamiento "normal" o bienestar. La denominación de trastorno o sus sub-tipos: fobia, trastorno de separación, estrés post-traumático, etc., de los DSM, tienen implícita *la connotación de déficit o enfermedad* y, consecuentemente, un grado mayor de rotulación estática e incertidumbre acerca de la evolución posterior. En otras palabras, la denominación "temor disfuncional" cumple con dos objetivos, a mi modo de ver indispensables en el campo de resolución de problemas: el *referencial* a una clase lógica específica y el *instrumental* a los fines de su resolución.

La segunda pregunta, *refiere a cómo definimos la naturaleza o identidad de los "temores disfuncionales" infantiles* y posee también una respuesta compleja. De hecho, definir cuál es la "naturaleza" o identidad de una enfermedad, trastorno o disfunción, depende en parte de una convención lingüística que distinga y denomine la clase de enfermedad (por ejemplo "fobia", "ansiedad" o "temor disfuncional") tal como fue recientemente explicitado y, en parte, de conocimientos a la mano, acerca de cuáles son los rasgos propios que identifican a esa clase y se expresan en síntomas o signos particulares (por ejemplo, la sensación de amenaza irracional y la evitación frente a una situación específica en la "fobia"). La clase y sus rasgos propios

(que se manifiestan mediante síntomas y signos) son complementarios o "las dos caras de la misma moneda" para su identificación.

Tanto uno de los componentes como el otro pueden modificarse y redefinir la naturaleza o identidad de la enfermedad, trastorno, o disfunción.

Como bien dicen Sparks, Duncan y Miller (2006), los conceptos de enfermedad o normalidad mental están delineados por normas sociales y culturales complejas, que "incluyen acuerdos de poder, jerarquía, inclusión y exclusión" en sus definiciones. Pero, se vuelve pertinente agregar, lo mismo sucede con la determinación de los rasgos constitutivos, que son relativos necesariamente a estos recortes. Esto, "per se", *vuelve sesgada y lábil cualquier especificación de su denominación y naturaleza.*

Fundándonos en un análisis retrospectivo, y expuesto bajo el Título "**Conceptos**" acerca de los miedos, fobias, y ansiedades infantiles, diversos autores, desde diferentes miradas teóricas y de experiencia clínica, han construido consensos relativos con quienes comparten sus paradigmas científicos y los conocimientos obtenidos desde ellos, distinguiendo identidades o naturalezas también diversas para los "trastornos de ansiedad" (neuroquímica, cognitiva, conductual, psicodinámica, sistémica). Dicho de otro modo, han fijado su nombre y naturaleza a través de constructos socialmente consensuados de manera más o menos amplia, así como los rasgos propios percibidos desde cada Modelo que, por definición, incluyen-excluyen información referida a los fenómenos en estudio.

De este modo, "el arte o acto de definir la naturaleza de una enfermedad a través de la observación de sus síntomas y signos" se expresa tanto en esas diferentes definiciones o constructos de "miedos", "fobias" y "ansiedades", como en la adjudicación de sus rasgos característicos, desde los paradigmas desde los cuales se han observado. Esto es lo que ha justificado en primera instancia la posibilidad de construir en el presente trabajo una **meta-definición** como *temores disfuncionales*, observando y abarcando aquellos rasgos

distintivos comunes a todos ellos, que hasta hoy se han detectado clínica y/o experimentalmente en los temores infantiles.

Lo que se deriva de lo precedentemente expresado, con respecto al foco de estudio del presente trabajo, es que:

- a) Esta *meta*-definición no es "la verdad" acerca de la naturaleza de los temores infantiles, ni tampoco el nombre cierto. *Es una denominación y una interpretación/definición posibles de su identidad, síntomas y signos, desde una posición meta y los conocimientos científicos obtenidos hasta la actualidad.*
- b) Dado que la definición de la naturaleza de las enfermedades/trastornos/disfunciones en el mundo de la ciencia, en cada época de la historia es relativa a los paradigmas y métodos desde donde se estudia y conocen los fenómenos que aparecen como sus síntomas y signos, *la aparición de nuevos rasgos obtenidos de investigación emergente y/o desde un paradigma diferente, puede modificar la definición de esa naturaleza.* Hasta hoy, los temores infantiles son fenómenos de naturaleza subjetiva y rasgos individuales (genéticos, cognitivos, emocionales y conductuales de quien los padece) que se manifiestan a través de determinados síntomas (anticipación o percepción de una situación amenazante, escasa capacidad percibida para afrontarlo, sensaciones físicas desagradables, etc.). Investigaciones en desarrollo o por venir, desde diferentes metodologías y/o epistemologías, pueden cambiar la identidad o naturaleza de los temores infantiles y también sus síntomas y signos.
- c) Las regularidades observadas en muchos casos y por varios observadores-expertos facilitan generar consensos que definan a las enfermedades/trastornos/disfunciones en su naturaleza, síntomas y signos. *Estos consensos constituyen "códigos" que permiten otorgar el mismo significado a las clases de fenómenos,*

y por lo tanto permiten no sólo comunicarse entre los expertos de la misma área —esto es, generar un lenguaje profesional- sino también investigar “el mismo objeto”, y así hacer comparable el conocimiento obtenido en diferentes contextos por distintos investigadores o clínicos.

Cabe a esta altura hacer referencia a los códigos que actualmente circulan en el mundo científico y profesional respecto a los *temores disfuncionales* (miedos, fobias y ansiedades).

Como ha sido claro y explícito en el Título **“Aportes actuales relevantes al tema de los temores disfuncionales infantiles”**, desde los diversos Modelos de Psicoterapia, pero en especial desde la Psicopatología del Desarrollo y las Neurociencias, hay una prevalencia absoluta del uso, por parte de investigadores y clínicos, de las clasificaciones consensuadas y establecidas por los DSM en sus versiones sucesivas, en especial en las dos últimas décadas.

Resulta adecuada la apreciación de S. Adam (2007) de que estos “Manuales de diagnóstico” más que describir la naturaleza de las enfermedades, las clasifican, y establecen ciertos criterios acerca de cuáles síntomas y signos corresponden a cada clase y sub-tipo. Por lo tanto, en sus palabras: “el DSM es un sistema de clasificación y **no** un sistema diagnóstico”. Los mismos principios sustentan al CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades-Décima revisión).

Como bien esclarecen los autores de los DSM: *la utilización de códigos diagnósticos es fundamental para la recopilación de información médica... y... con frecuencia también se requiere de códigos que faciliten la comunicación de datos diagnósticos a terceras partes interesadas*. Estas opiniones dejan claro que no ha sido objetivo de los mismos definir rasgos componentes (ni etiológicos, ni de sostenimiento de un trastorno) y, mucho menos, incluir datos que ayuden a comprender la dinámica particular en relación a contextos, a los fines de definir un tratamiento psicosocial o acciones de prevención.

En términos de Fried-Schnitman (1997), esta forma específica de diagnosticar de los DSM se referiría a conformar entidades nosológicas "con el propósito de establecer regularidades en poblaciones, quizás a-contextuales, más allá de las instancias específicas en las que se diagnostica".

Beutler y Clarkin (1990) remarcan que los diagnósticos consensuados en las diferentes versiones de dichos Manuales estuvieron encabezados por investigadores clínicos interesados en estudios de eficacia de las intervenciones psicofarmacológicas y, desde esta perspectiva, el sistema diagnóstico se fundamentó en síntomas y conjuntos de síntomas que respondieran a intervenciones somáticas. Adicionan, como dato relevante, que *los tratamientos psicosociales se han expandido y desarrollado sin la asunción de ser diagnóstico-específicos*, ya que de acuerdo a encuestas realizadas entre prestigiosos psicoterapeutas (Norcross y Wogan, 1983; Norcross y Prochaska, 1988) los diagnósticos no eran considerados a la hora de seleccionar y usar teorías, técnicas y estrategias en su quehacer clínico.

Más en particular, Beutler y Clarkin hacen una *crítica conceptual* a los diagnósticos de los DSM, basados en que éstos evaden considerar las etiologías de las enfermedades o disfunciones (sus rasgos específicos) por falta de conocimiento fundamentado en la mayoría de los desórdenes, en que hay un fuerte componente político en las clasificaciones y, como fue mencionado, la descripción de síntomas y sus agrupamientos exclusivamente orientan a las intervenciones farmacológicas, pero no dicen acerca de problemas complejos o "conflictos" que requieren otros datos para planificar adecuadamente los tratamientos. Desde un punto de vista *práctico*, el contenido y estructura de los diagnósticos merece, para los mencionados autores, las siguientes críticas: el Axis I no refleja variaciones en la complejidad del problema, los diagnósticos establecen primariamente áreas de debilidades y déficits excluyendo las fortalezas, el contexto interpersonal de los pacientes es enormemente ignorado, no incluyen muchos problemas por los que la población consulta, no cumplen con criterios de validez en relación a diferentes sistemas diagnósticos y sus clases "diagnósticas" no son indicadores equivalentes para los tratamientos somáticos que para los psicosociales.

Con respecto a los trastornos de ansiedad específicamente –y aunque refieren a poblaciones adultas- Beutler y Clarkin resaltan las dificultades que se plantean para distinguir en la clínica los diferentes tipos de trastorno (difícilmente se presentan en forma pura o categórica), como así también debaten la utilidad que dichas clasificaciones puedan tener a la hora de diferenciar tratamientos.

En referencia a las ansiedades infantiles en particular, R. Wicks-Nelson y A. Israel (1997) expresan: "Hay un desacuerdo considerable con respecto a si los trastornos de ansiedad deberían subdividirse en categorías, y cómo debería hacerse esto. Se ha argumentado que la información disponible en el momento actual es insuficiente para poder afirmar que ningún tipo de sistema específico de clasificación sea más válido o útil que otro"... "Aunque pueden observarse algunas coincidencias entre el enfoque clínico (DSM) y el empírico (escalas y cuestionarios de autoinforme de niños, padres y maestros), cada uno de ellos representa con toda claridad distintas formas de organizar los trastornos de ansiedad". Achenbach et al. (1989) habían adoptado anteriormente esta posición, proporcionando datos empíricos a gran escala que indicaban que este enfoque había dado lugar a ciertas categorías y agrupamientos muy diferentes a los que proporciona el enfoque DSM.

Además, es necesario considerar, como dijeron Cohen et al. (1993) y Strauss (1994), que los niños muy ansiosos o con "ansiedad generalizada" también pueden responder frecuentemente a los criterios diagnósticos de otros trastornos.

Más recientemente, Greco y Morris (2004) alertan acerca de que realizar una evaluación confiable y válida de la ansiedad en el niño y el adolescente a los fines de la clasificación clínica "enfrenta numerosos desafíos, incluyendo la alta comorbilidad tanto dentro de las diversas categorías de ansiedad, como entre ansiedad y depresión". También Weems y Stickel (2005) critican a la clasificación de los DSM en los niños, por exceso de diferenciación categórica.

No obstante, P. Muris (2007) rescata la influencia positiva que ha tenido la adopción consensuada de dicha taxonomía, como facilitador de la comunicación entre clínicos e investigadores que trabajan en el campo de los trastornos de ansiedad infantiles.

Las diferentes reflexiones críticas expresadas permiten inferir, en sentido positivo, que la clasificación mundialmente circulante de los *"trastornos de ansiedad en la infancia"* de los DSM presenta básicamente las siguientes ventajas: adjudicarles un nombre consensuado mayoritariamente para la comunicación profesional, producir un mismo lenguaje a la hora de investigar en el campo experimental y clínico, y orientar al tratamiento médico.

Pero es de observar que, incluyendo algunas de las opiniones precedentes:

En primer lugar, *no definen la naturaleza de dichos trastornos o disfunciones*, objetivo fundamental de un diagnóstico si se lo considera "per se"; nada se puede conocer acerca de los factores involucrados en su etiología o mantenimiento.

En segundo lugar, *tampoco permiten otorgar una identidad propia a los diferentes sub-tipos de trastornos*. Ésta queda obnubilada por la imposibilidad de distinguir para los distintos tipos de ansiedades infantiles una clase mutuamente excluyente en relación a otras: el temor a asistir a la escuela ¿es una fobia escolar, un trastorno de ansiedad por separación o una fobia social? En los niños más pequeños especialmente esta pregunta no tiene respuesta desde la clasificación clínica DSM.

Por lo tanto, y **en tercer lugar**, *tampoco valida la investigación diferencial y sutil* entre las diversas clases de ansiedades.

En cuarto lugar, la terapia farmacológica en la ansiedad infantil, está restringida en su implementación a los casos severos. Esto sucede no sólo porque los padres generalmente se oponen, sino porque las investigaciones

hacen suponer que la mayoritariamente practicada terapia cognitivo-conductual, parece tener los mismos efectos que la medicación a nivel del funcionamiento cerebral (O'Neill y Schwartz, 2004; Linden, 2006). Por ende, *en los niños tampoco es especialmente útil a los fines terapéuticos médicos.*

Cabe **finalmente** preguntarse, si es válido definir a un trastorno infantil desde criterios exclusivamente individuales, intrapsíquicos, considerando el natural grado de interdependencia con respecto a los adultos y pares, que la Psicología y la Psicopatología del Desarrollo han demostrado de manera repetida y contundente en la infancia.

Se vuelve pertinente retomar, entonces, la pregunta expuesta respecto a cómo definir la naturaleza e identidad de los *temores disfuncionales* infantiles.

En relación a este objetivo:

- 1) Sería adecuado convenir para su denominación una clase lógica amplia –al estilo de la *meta*-definición propuesta en este trabajo- que considere los rasgos distintivos propios, en los que acuerden la mayoría de los estudiosos del tema después de frondosa y diversa investigación desde distintas ópticas y metodologías. Esto es, que la identifique de modo excluyente con respecto a otras (que pueden aparecer como comórbiles) y con un criterio científico integrativo. De materializarse esta premisa, una misma denominación y concepto podrían ser implementada tanto por los clínicos para su evaluación, como por los investigadores para su análisis, y desde los diversos Modelos.
- 2) Esta clase conceptual necesita especificar los síntomas y signos que la definen, que pueden referir a conductas intrapsíquicas, y probablemente también psicosociales, propias de la infancia.

Esta modalidad diagnóstica conllevaría la posibilidad de modificar tanto sus rasgos típicos, como los síntomas y signos correspondientes, en relación a nuevos hallazgos científicos que pudieran producirse, incluyendo así la alternativa de *re-definir su naturaleza o identidad*.

No es objetivo del presente trabajo realizar estas ambiciosas tareas, que requerirían de grandes poblaciones para su logro. Queda planteado el tema, justificando el empleo de la **meta-definición** "*temores disfuncionales infantiles*"; en el contexto de esta investigación clínica, y abriendo la alternativa de adicionar modesto conocimiento a la naturaleza de los mismos desde un enfoque diagnóstico relacional.

La tercera pregunta refiere al tema de los métodos de evaluación de los síntomas y signos que permiten inferir sus rasgos propios, y por lo tanto, especificar la disfunción (o "enfermedad", en sentido amplio).

Alrededor de 15 años atrás, Richard Mattison (1992) observaba que se disponía de escasos estudios actualizados sobre la confiabilidad y validez de instrumentos para el diagnóstico de trastornos de ansiedad en los niños.

Contrariamente a esta opinión, y a consecuencia del desarrollo que ha tenido el estudio de los *temores disfuncionales* especialmente en la última década, Peter Muris (2007) sostiene que numerosos instrumentos validados empíricamente pueden ser empleados hoy para medir y evaluar dichos problemas en los niños. Los clasifica en:

1. **Cuestionarios de auto-informe:** evalúan en el sujeto de observación las creencias distorsionadas y los esquemas cognitivos asociados con la ansiedad, integrando en algunos casos el análisis de las conductas fóbicas aprendidas por refuerzos positivos o negativos a lo largo del desarrollo. La validez de los datos está sujeta a la veracidad del niño, que puede distorsionar la información brindada en búsqueda de una evaluación favorable por parte del examinador o para evitar un tratamiento. Ejemplos de esta clase son el STAIC (State-Trait

Anxiety Inventory for Children), el FSSC-R (Revised Fear Survey Schedule for Children) o los más recientes multidimensionales, que miden los diversos tipos de ansiedad, como el SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) o el MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children). Los más recientemente desarrollados, como el SDQ (Strengths and Difficulty Questionnaire) o el CSI-4 (Child Symptom Inventory-4), presentan la ventaja de ser aplicados también a padres y maestros. Todos ellos evalúan los desórdenes de ansiedad refiriéndolos a las nosologías del DSM-IV

2. **Escalas de clasificación clínica:** consisten básicamente en listados de diversos síntomas de ansiedad que el clínico evalúa con el niño y los padres, juntos y/o separadamente, permitiendo agruparlos en los diversos tipos y nivel de severidad de las ansiedades. Ejemplos de esta clase son el PARS (Pediatric Anxiety Rating Scale) y el CSDC (Children Stress Disorders Checklist)
3. **Entrevistas diagnósticas:** evalúan en entrevistas "altamente estructuradas" como la ChIPS (Children's Interview of Psychiatric Syndromes) o la DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children) o bien en entrevistas "semi-estructuradas" como la DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents) o la ADIS C/P (Anxiety Disorders Interview Schedule: Child and Parents versions), las conductas de ansiedad infantil en referencia a los constructos descriptos en el DSM-IV
4. **Otros métodos de evaluación directa** de las conductas de miedo y ansiedad en niños: incluyen la observación comportamental del niño delante de cámaras de video jugando en diversas situaciones en soledad o grupos de pares; los tests conductuales que miden las respuestas de miedo o ansiedad frente a estímulos o situaciones particulares en los que se los coloca; el monitoreo por parte de los padres o el mismo niño de

las ansiedades que surgen en la vida cotidiana (registrando frecuencia, intensidad y modo de afrontamiento del niño ansioso).

Las clasificaciones observacionales, como ya se mencionó, a pesar del costo y complicaciones metodológicas que garanticen su confiabilidad, se consideran como las más objetivas y que proveen una visión más comprensiva de las interacciones padres-hijos, que las que puntúan a unos u otros separadamente (Ginsburg, 2004).

Tradicionalmente, además, la evaluación de estos trastornos se realiza a través de técnicas proyectivas (DAT, Rorschach, gráficas), asociaciones libres, horas de juego, dibujos, que son interpretados en relación a teorías psicodinámicas de la personalidad.

Es innegable que el prolífero desarrollo de los últimos instrumentos de evaluación implica un rasgo positivo en relación a los estrictamente individuales del niño, al haber incluido y adicionado las apreciaciones de otros externos: clínicos, padres, maestros. Esto convierte a los datos obtenidos en más "objetivos", por inter-validación. Como señalan Grills y Ollendick (2002) y Comer y Kendall (2004), éste es un avance que disminuye el desacuerdo entre los datos obtenidos por informes separados de niños y padres, teniendo en cuenta en especial el sesgo provocado por el escaso desarrollo meta-cognitivo de los niños y la necesidad de aprobación social de los ansiosos en particular.

Pero, a la vez, es relevante considerar que *ninguno de ellos mira a la interacción entre el niño con temores disfuncionales y su contexto social inmediato y significativo*. Cabe recordar que Ginsburg (2004) sostuvo ya que "el funcionamiento familiar involucra interacciones complejas que difícilmente se puedan estudiar y comprender a través de instrumentos de auto-informe".

Se sabe hoy que entre niño y adultos (especialmente familiares y maestros) o sus pares, se da una influencia recíproca, donde lo que sucede no es producto de "la suma de las partes" (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981). Como bien señaló Nardone en su investigación, y desde los conceptos de

"interacción" desarrollados por otros teóricos de la cibernética y clínicos sistémicos familiares desde hace más de 25 años (Maturana, 1978; Haley, 1980; Keeney, 1981,1987; Minuchin, 1984; Fisch, Weakland y Segal, 1984; Von Foerster, 1988) los procesos de retroacción perceptivo-reactiva entre el niño temeroso y los otros involucrados en el problema –al igual que en otros tipos de problemas- se condicionan y modifican mutuamente, estableciéndose circuitos de estimulación interactiva imposibles de separar en sus componentes particulares sin modificar la naturaleza y cualidades del fenómeno.

Atender a esta conjunción no es un tema simple desde las metodologías validadas a través de las cuales se intenta observar y evaluar los *temores disfuncionales*, dificultad a la que aludió más en general respecto a la construcción de conocimiento científico M. Fraser (2004). Es difícil pensar que estos datos puedan surgir del consenso en el desarrollo de nuevos protocolos individuales, aunque éstos muestren altos niveles de confiabilidad y validez, y sean aplicados a más actores participantes, como sugiere P. Muris (2007). La mencionada clase de informaciones requiere inexorablemente de una mirada epistemológica diferente, que permita observar y percibir la circularidad intrínseca a los procesos "entre" y no a las percepciones-emociones-acciones "de" los sujetos implicados.

La cuarta pregunta que inició este Título *refiere a una cuestión pragmática pertinente a una investigación de índole clínica: ¿Para qué diagnosticar?*

Hace más de 30 años decían E.Torrey (1973) y R. Rabkin (1977), que la negociación del problema, construido entre terapeutas y pacientes para la terapia, camina hacia el diagnóstico por parte del terapeuta amén del pronóstico. En relación al establecimiento del diagnóstico, Torrey enfatiza que "una de las cosas útiles que hacen terapeutas y curanderos es *nombrar* a la enfermedad o agente ofensivo". Rabkin agrega: "ayuda dar a los pacientes un nombre definido acerca de qué es lo que lo está problematizando"... "Este nombre no necesita ser el del DSM. De hecho sería mejor usar lenguaje ordinario para describir el problema. No obstante uno debe ser específico"...

"después de darle el nombre para su problema, es necesario darle una breve explicación de manera que le haga sentido". Y sugiere como método posible aclarar cuáles condiciones lo relacionan con su vida particular, anticipando el objetivo terapéutico y las salidas posibles.

Por su parte D. Fried-Schnitman (1997) sostiene: "algunas investigaciones acerca de resultados en psicoterapia plantean la necesidad de reemplazar entidades nosográficas territorializadas, por diagnósticos de diseño cuasi-hipertextual: un sistema-problema, redes de construcciones que bloquean las soluciones manteniendo el/los problemas, y abordajes que integran diferentes tradiciones y modelos terapéuticos".

F. Kaslow (1996) se refiere al intento de encontrar lazos entre los desórdenes individuales y los relacionales para el diagnóstico y expresa: "hay varias razones para hacer esto. Una, es la esperanza de que una comprensión de los procesos familiares ayudará en la prevención y tratamiento de los desórdenes individuales"... "tratando de comprenderlos de una manera más completa". Como bien agrega: "es claro que los desórdenes relacionales impactan en los individuos y viceversa. Las preguntas que necesitan ser contestadas son hasta qué punto, de qué maneras y a través de qué mecanismos".

P. Herscovici (1997) sostiene que el diagnóstico, al ir incorporando nuevos paradigmas, "adquiere la forma de una hipótesis de trabajo en una situación social, que permite orientarse, dejando de ser una verdad-certeza o prueba definitiva"... "Entendido como proceso, subraya el contexto en el que se realiza y la interacción del cual emerge"... "Habrá diagnóstico efectivo cuando se organice el campo social de tal modo que permita dar respuesta a las necesidades y demandas de todos los involucrados en el sistema".

H. Hirsch (1997) rescata la importancia de tener un sistema de clasificación diagnóstica de los problemas o enfermedades que justifique la intervención psicológica en el campo de la salud, y habilite al profesional para el procedimiento terapéutico más adecuado. Especifica: "No podemos

rehusarnos a diagnosticar, pero sí estar atentos a las implicaciones de un diagnóstico en un caso dado, y por lo tanto elegir cuidadosamente la dimensión diagnóstica y la formulación de ese diagnóstico en la dirección del máximo beneficio terapéutico para nuestros consultantes".

Enfatizando esta posición, S. Piedrabuena (2007), expresa: "El terapeuta debe tener convencimiento de poder introducir cambios creando las condiciones para que las personas hagan algo diferente. Por tanto, y según cuál sea su definición diagnóstica, puede hacer mucho para que todo se mueva hacia el cambio o para que todo quede como está".

Por mi parte, en 1997, planteé que el diagnóstico es una herramienta evaluativa del operador, que describe lo que sucede desde los parámetros de observación del mismo, distinguiendo y fijando una identidad a un problema, que hace responsable al observador de las relaciones/conversaciones con el consultante. El objetivo del uso del diagnóstico es específicamente terapéutico, por lo tanto *"necesita implicar el o los niveles comprometidos en el problema (biológico, psicosocial, espiritual, según la OMS), y ser consensuado con los consultantes en un lenguaje de posibilidad o apertura a nuevas alternativas de solución, y no de carencia. Esto implica que es transformable a lo largo del proceso terapéutico: diagnóstico y re-diagnóstico son componentes interaccionales necesarios en un proceso que implique cambios terapéuticos"*.

En el campo de las ansiedades específicamente, M. R. Ceberio (1995), expresa en relación a los circuitos retroactivos de percepción-acción asociados a estos problemas y descritos por Nardone como diagnósticos relacionales: "esta construcción de un modelo del modelo, posibilita reivindicar el diagnóstico en su implementación, en términos de intervenciones dirigidas a generar una resolución y a no quedarse en una mera clasificación. Categorizar por categorizar implica estancar las construcciones de la realidad que aquejan a los seres humanos. Actuar sobre éstas sugiere elaborar un universo alternativo que contribuya a ver la vida desde otra dimensión". Complementariamente a lo expresado, P. Watzlawick (1995) hace alusión a que "el diagnóstico inventa la enfermedad" y el ocuparse de comprender **cómo** funcionan los problemas en

su persistencia, más allá de su etiología, ayuda a pensar al clínico en cómo ayudar a resolverlos.

Es claro que en la perspectiva de todos los autores mencionados, implícita o explícitamente, está el establecimiento de una relación entre problema para terapia, diagnóstico y solución. Muy probablemente los clínicos de la psicoterapias centradas en resolución de problemas acuerden mayoritariamente con las ideas expresadas, más allá de las diferencias acerca de cuál problema y cómo definirlo para la terapia, cuáles métodos de evaluación se propongan para investigar las variables intervinientes desde donde hacer un diagnóstico, o cuáles intervenciones priorizar para las soluciones posibles.

Lo que resulta relevante rescatar de las opiniones anteriores es la necesidad común percibida de que realizar *un diagnóstico requiere incluir datos útiles a los fines terapéuticos*, y no ser sólo descriptivo de la naturaleza del mismo. Esta forma de diagnosticar implica, según se puede inferir, la necesidad de conocer acerca de *la dinámica* de la disfunción o problema, o del *cómo funcionan* los factores intervinientes, en expresiones de Watzlawick y Nardone. Los datos obtenidos del estudio de la dinámica del problema o disfunción serán diferentes según los parámetros o paradigmas teóricos desde donde se la analice pero, en todos los casos, tendrán un sentido instrumental en vistas a la resolución del problema.

Sintetizando lo expresado en relación a las cuatro preguntas iniciales, resulta adecuado distinguir a los fines de realizar un diagnóstico de las ansiedades infantiles:

- 1) El nombre y concepto de la clase del trastorno/disfunción, en mi propuesta *temores disfuncionales*, que distinguen y especifican su naturaleza. Esta clase amplia incluye los diversos conocimientos probados científicamente como componentes o rasgos propios, que se manifiestan a través de determinados síntomas o signos.

- 2) La dinámica intra o intersubjetiva intrínseca relativa a esa clase, que se refiere a cómo juegan o se relacionan entre sí dichos componentes, otorgando explicaciones hipotéticas acerca de la presencia y/o persistencia de los *temores disfuncionales*. Esta dinámica es pasible de ser investigada desde los diversos Modelos (cognitivos, conductuales, psicodinámicos, sistémicos) que la observarán particularmente en los constructos priorizados por cada uno de ellos como componentes, con metodologías cuanti o cualitativas desarrolladas para evaluarlos (cuestionarios, tests, observación directa o informes de las conductas individuales o interaccionales del paciente y sus contextos). El objetivo implicado en esta evaluación del cómo funcionan los sujetos con temores disfuncionales, es definir acciones terapéuticas o de prevención en coherencia.

En otras palabras, el concepto de diagnóstico implica operacionalmente: **la denominación de una clase** más o menos consensuada en el mundo científico de los investigadores y clínicos —en mi propuesta “temores disfuncionales”— **la definición de su naturaleza e identidad** a través de explicitar sus rasgos distintivos, y el conocimiento de **cómo juegan o funcionan las variables intervinientes** en dichas conductas a los fines de la resolución de los problemas presentados.

El logro del objetivo últimamente mencionado: “cómo juegan o funcionan las variables intervinientes a los fines terapéuticos”, es, lo que pareciera mantener encendida la curiosidad de los clínicos del campo por continuar investigando científicamente la etiología, factores protectivos y de sostenimiento de dichos problemas, trasvasando el interés puramente teórico en el tema. A la vez, es de considerar que, si un diagnóstico nos da datos a consultantes y terapeutas que faciliten la resolución de los problemas, se dirime la cuestión de si diagnosticar o no, o sea, se justifica hacerlo.

Con respecto a los enfoques diagnósticos validados por la investigación previa de los temores disfuncionales infantiles, y que consideran la dinámica propia de estos problemas (cognitiva y conductual, básicamente), es importante

tener en cuenta que la observan y explican como un fenómeno intrapsíquico del niño, o como una consecuencia de las influencias dañinas provenientes de padres o cuidadores, desde una mirada epistemológica causal-lineal.

No obstante, resulta relevante acotar que, cuando se considera para el diagnóstico, tratamiento o prevención la dinámica cognitiva y los aprendizajes maladaptativos individuales, pueden obtenerse resoluciones al problema de los temores disfuncionales nada despreciables. Dadds et al. (1999), Barrett et al. (2001), Garcia-Lopez et al. (2005) han demostrado que, implementando programas de modificación cognitiva con intervenciones sobre los niños, incluyendo o no a los padres (considerados también en sus rasgos personales), se observan mejoras duraderas no sólo sobre los síntomas existentes, sino evitando otros síntomas de ansiedad posteriores en los siguientes 3/5 años. Más allá aún, Kendall et al. (2004) han demostrado el mantenimiento de las mejoras con terapia cognitivo-conductual después de 7,4 años de seguimiento. Desarrollos adicionales en esta dirección están enfatizando la influencia de los estilos cognitivos y el manejo de la ansiedad de los padres sobre la evolución de los temores disfuncionales de los niños, integrando en numerosos casos el tratamiento de los niños ansiosos, por un lado, y el de sus progenitores, en forma paralela (Cobham, Dadds y Spence, 1998 y 1999; Clark y Ladd, 2000; Shortt, Barrett y Fox, 2001).

En sentido más estricto, el enfoque comportamental, considera la influencia del contexto basado en los conceptos de aprendizaje, de refuerzo positivo y negativo, y los esquemas de modelación o imitación, en los que las figuras parentales juegan un papel importante tanto en la aparición o mantenimiento del problema, como en su tratamiento o solución (Sutherland, 1977; King, Hamilton y Ollendick, 1988; Cía, 1999 y 2002; King, Heyne et al., 2005; King, Muris y Ollendick, 2005). Cabe mencionar que los tratamientos comenzaron incluyendo al niño con exposición y relajación frente a la situación/objeto temido en las fobias, pero esta intervención se extendió a los diversos problemas de ansiedad. Numerosos terapeutas de este modelo incluyen a miembros de la familia en la re-educación, pero su rol en el diagnóstico y tratamiento, están también considerados desde una lógica lineal

como una relación causa-efecto, sin tener en cuenta que la conducta sintomática infantil (que involucra predisposición genética, historia interaccional, y rasgos de personalidad particulares) podría estar también estimulando o retroalimentando el patrón disfuncional parental en la dinámica de las variables intervinientes en el problema.

En conclusión, la mayoría de la bibliografía psicopatológica y psiquiátrica actualizada no deja de reconocer que existe en los problemas de ansiedad una integración de *factores neurobiológicos* (Vázquez y Cetcovich, 2003), de *vulnerabilidad individual* (Johnson, 2000; Muris y Merckelbach, 2001), *históricos* (Vasey y Dadds, 2001; Furman y Simon, 2004; Palacios, Marchesi y Coll, 2004), y *familiares o contextuales* (Schneider, Valeski, Barrett y Dadds, 1999 y 2001; Muris, 2007). No obstante, ***ninguna de estas visiones considera como foco de los temores disfuncionales infantiles, para su comprensión o terapéutica, a la relación bilateral y mutuamente condicionante entre paciente y contexto.***

Con el advenimiento de la epistemología circular al campo de las conductas humanas, se comienza a considerar a los llamados trastornos de ansiedad como problemas que se construyen en un sistema de interacciones que se retroalimenta a sí mismo en estas conductas disfuncionales, con el aporte de todos los miembros que se influyen recíprocamente, incluido el portador del problema (Weakland, 1987; Combrinck, 1989; Nardone, 1997).

La causalidad circular refiere a una epistemología en la que el proceso adopta una forma de reverberación a través de las retroacciones recíprocas entre las variables donde, una vez desencadenado, no existe un comienzo o un fin (Maturana, H., 1978, 1982; Prigogine, 1980; Varela, F., 1982).

G. Nardone y P. Watzlawick (1995) expresan: "Sólo si se destaca la importancia de esta dinámica interactiva y de las reglas que la gobiernan puede obtenerse una representación correcta de cada uno de los fenómenos y de su procedencia". Nardone (1997) agrega, en referencia a los problemas de ansiedad: "Al intentar proporcionar explicaciones a una persona que se

pregunta por el "por qué" de su fobia se debe afirmar ante todo, que el conocimiento de las causas del trastorno y su desarrollo no es ni necesario ni útil para la solución del trastorno mismo"... "En cambio sí es útil (conocer), cómo este sistema de percepción y reacción frente a la realidad funciona en el aquí y ahora, es decir lo que nosotros definimos como el sistema perceptivo-reactivo del sujeto (y los otros). Y todo ello con el objetivo de diseñar y aplicar las estrategias que permitan cambiar el funcionamiento de este sistema disfuncional"... "a fin de conducir al sujeto a la solución rápida y efectiva de su problema". De esta manera propone formular una teoría acerca de **cómo** funcionan los procesos y las dinámicas perceptivo-reactivas típicas de las personas afectadas por procesos de miedos o "fobias", esto es, una teoría cibernética del miedo, una explicación de la persistencia, y no del origen o causas, adicionando la ventaja de una solución en plazos breves.

Como bien dicen Haley y Hoffman (2001), el común denominador que tienen todos los especialistas en el campo de la terapia familiar, es que consideran que "para que cambie un individuo debe cambiar el contexto en el que vive". Obviamente, esto *requiere de datos relacionales* acerca de la dinámica presente y asociada a las disfuncionalidades o problemas: paciente identificado-otros significativos, se convierten en el foco de estudio diagnóstico, a los fines terapéuticos eficaces. A quiénes incluir en este diagnóstico, a quiénes modificar y cómo para que la disfunción se alivie, dependerá básicamente, del concepto de qué interacciones se prioricen como sostenedoras o asociadas al problema desde cada Modelo sistémico.

El Modelo de Palo Alto, en particular, se centra en los patrones interaccionales disfuncionales repetitivos o "soluciones ensayadas" en relación al problema, y las teorías/opiniones atribuidas a su presencia y asociadas a aquellos. Desde estos datos diagnósticos relacionales, se han priorizado como intervenciones terapéuticas las re-formulaciones, los re-encuadres, las sugerencias, las preguntas, y las prescripciones directas y paradójales (Casabianca y Hirsch, 1991; Fisch, 2004). Más recientemente se ha incluido el equipo reflexivo, como forma de intervención narrativa (Eubanks, 2004).

Con la inclusión de la óptica sistémica, que sustenta la presente investigación, el acento diagnóstico pasaría, entonces, no sólo de la clasificación DSM al "diagnóstico- concepto" (*temor disfuncional*), particularizado en el problema para terapia o motivo de consulta, sino también a la consideración de las teorías, significados o narrativas construidos socialmente en relación al problema, y las interacciones concretas asociadas a los mismos. Esto es, a la *dinámica interaccional*, que supuestamente explica la presencia y sostiene a los temores disfuncionales (Fisch, Weakland y Segal, 1984; Andersen y Goolishian, 1991; Gergen, 1996). Es de mencionar que el "problema para terapia" también se considera en la construcción lingüística de quienes consultan, y como producto de sus propias percepciones de alteración del bienestar, pero este eslabón del proceso terapéutico es de otra índole y no será considerado a los fines de este trabajo.

Cerrando el presente Título, es de mencionar algunos antecedentes destacables en la investigación empírica desde una epistemología sistémica, que han implementado un diagnóstico relacional a los fines terapéuticos. En el campo de los trastornos psicosomáticos infantiles, la pionera de Minuchin (1980). En años más recientes, nuevos desarrollos metodológicos cuali y cuantitativos e investigaciones realizadas en el intento de comprender y validar tratamientos sistémicos en diversos tipos de trastornos/problemas en niños y adolescentes, tales como los de Diamond y Serrano (1999), C. Greeno (2001, 2002), I.C.Rausch-Herscovici (2004), McLean et al. (2006), D. Gehart y B. Lucas (2007), Stevenson-Hinde (2007).

Paralelamente, clínicos e investigadores de éste y otros Modelos, han iniciado un movimiento integracionista en los conocimientos con el fin de adecuar las terapias a los distintos tipos de problemas y pacientes, en un intento serio y sistemático por volver más eficaces los tratamientos. Muestra de ello son los desarrollos producidos por varios autores, tales como Clarkin (1990), Berren (1995), Beutler y Harwood (2000), Fernández Alvarez (2004), Preston (2006), Sparks, Duncan & Miller (2006), Lardani y Gagliesi, (2007), Crispo y Torrente (2007).

2. EVALUACIÓN DE LOS "TEMORES DISFUNCIONALES" DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA

2.1 Descripción general y planteo del problema

El presente trabajo es un estudio exploratorio cuanti-cualitativo realizado en muestras clínicas, cuyo objetivo es aproximarnos al estudio empírico de la dinámica interaccional de los *temores disfuncionales* infantiles, en relación al contexto social significativo de los niños que los presentan.

Desde una epistemología sistémica –concretamente los supuestos teóricos del Mental Research Institute de Palo Alto- está referido al análisis de cuáles patrones interaccionales y qué creencias o significados de los significativamente involucrados con un niño con *temores disfuncionales*, se hallan asociados a las conductas-problemas en un circuito auto-perpetuante retroalimentado entre todos los participantes, más allá de cuál haya sido la "causa/origen" del problema u otros factores individuales o históricos intervinientes. Desde los supuestos del Modelo del MRI, ellos constituirían los soportes o anclaje interaccional de aquello que pretenden modificar.

Desde lo expresado en la Introducción y el Capítulo precedente, la investigación de esta dinámica aportará:

- a) conocimiento empírico acerca de las interacciones niños-otros significativos cuando se presentan temores disfuncionales
- b) un "*diagnóstico relacional*" de los temores disfuncionales

El tema de conocer científicamente qué sucede en la influencia y condicionamiento mutuo entre un niño con temores y las personas cercanas preocupadas por el problema, e implicadas en la resolución del mismo, se halla

en el umbral planteado por tantos estudios realizados desde una causalidad científica lineal. Implementando metodologías diversas, han llegado a la conclusión de que es necesario continuar explorando con mayor sutileza, los procesos de interacción que tienen lugar entre niño-otros significativos en estos problemas.

Sin ninguna duda, los métodos multifactoriales que están en desarrollo, y el consenso en los protocolos sugerido recientemente por P. Muris (2007), arrojarán nuevos datos a la etiología y/o mantenimiento de los temores disfuncionales infantiles. No obstante, a pesar de las dificultades metodológicas debidas a la complejidad implicada en el análisis de los fenómenos interaccionales, el quiebre epistemológico que implica la introducción de la lógica circular en el campo de la ciencia, y las restricciones propias de la investigación clínica, si no nos adentramos en todas ellas, "tenemos la posibilidad de ver con claridad el árbol, y confundirlo con el bosque".

Se está indudablemente ante un enorme desafío, con las dificultades propias de estudiar procesos que se intuyen y verifican desde la experiencia clínica y la utilidad en el campo psicoterapéutico, pero como bien señalaron Clark, Beck y Alford (1999), es necesario examinar y validar las asunciones de los modelos teóricos y psicoterapéuticos, a fin de integrarlos al campo del conocimiento científico.

Probablemente una reflexión de Gregory Bateson (1980) se vuelva pertinente a esta altura: "el rigor por sí solo es la muerte por parálisis, pero la imaginación por sí sola es la locura".

El presente trabajo intenta ser un muy modesto aporte al rigor científico, aunque desde la experiencia clínica de terapeutas con largo recorrido, pueda interpretarse como falta de imaginación.

El análisis epistemológico de los fenómenos analizados en este estudio se realiza desde el modelo conceptual del Mental Research Institute de Palo Alto, que se fundamenta en los siguientes supuestos generales:

1) *los problemas son conductas presentes indeseables en la percepción de uno o más miembros de un sistema significativo de relaciones, que se influyen mutuamente.* Desde este supuesto, el problema a investigar es un problema construido en el lenguaje, y en las atribuciones de molestia otorgadas a una situación o conducta particular por quienes lo perciben: "No se trata simplemente de una conducta ordinaria, sino de una conducta indeseada" (Fisch, Weakland y Segal; 1984). Los *temores disfuncionales* infantiles, no se refieren en la presente investigación a "problemas objetivos", encuadrados en categorías nosológicas específicas, sino a conductas descritas como "temores o miedos" diversos, con o sin correlatos físicos, que uno o más miembros de un sistema de relación —en la mayoría de los casos, la familia— construyen en sus consensos lingüísticos como sufrientes o indeseables, y traen a consulta.

2) *los miembros involucrados significativamente en este malestar, incluido el paciente identificado, intentan a través del tiempo y de diversas maneras de resolver el problema, pero las significaciones atribuidas al mismo (creencias, teorías u opiniones acerca de su presencia) y los intentos de solución ensayados que se asocian a ellas, establecen patrones relacionales de conducta que se retroalimentan mutuamente y, que en vez de aliviar las conductas indeseables, las anclan en el tiempo.*

Esta cualidad de persistencia en el tiempo, es lo que permite distinguir un *problema* de una *dificultad* transitoria, que se resuelve con bastante rapidez (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1980). "Cuando no se soluciona una dificultad, y se aplica una dosis más elevada de la misma "solución"... queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y

una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original" (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Los mismos autores afirman: "Toda conducta humana depende en gran medida de las opiniones o premisas que posean las personas, ya que dichas interpretaciones son las que rigen la interpretación de las situaciones, los acontecimientos y las relaciones". Agregan: "el no considerar aisladamente la conducta problemática, sino en relación con su contexto inmediato, lleva a la comprensión y explicación de cualquier segmento determinado en un sistema organizado de conducta más amplio, y en funcionamiento efectivo, que comporta la utilización generalizada de retro-alimentación y de refuerzo recíproco". Consideran que: "la conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona. Si ambas se hallan en contacto a lo largo de cierto tiempo, surgirán patrones repetitivos de interacción"... "es probable que la conducta problemática provoque estas conductas vinculadas. La interacción es básicamente circular"... "por irónico que pueda parecer, la experiencia nos ha indicado una y otra vez que en las *soluciones ensayadas* por la gente, en los modos específicos con que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o exacerbación del problema".

De esta manera las creencias/ significados atribuidos al problema: "qué es lo que creen que está pasando para que este temor exista", y las interacciones asociadas a ellos: "qué han intentado hacer para resolverlo", se convierten en un círculo o sistema de mantenimiento del problema en el que están todos los participantes involucrados, incluido el niño portador del problema. De éste pueden participar personas que, sin pertenecer a la familia nuclear, consensúan un temor como problema e intentan aliviarlo o solucionarlo a través de distintas acciones (ejemplos de miembros no familiares que pueden formar parte de estos circuitos disfuncionales son: abuelos, tíos, maestros, médicos, etc.).

- 3) *De lo expresado anteriormente, se deduce que es necesario identificar en el sistema significativo de relaciones, tanto las creencias o significados otorgados al problema, como las*

conductas de reacción mutua concretas que se manifiestan como intentos de solución ensayados (y fallidos) frente a los temores, ya que constituirían el anclaje interaccional o "sistema de mantenimiento" que impide que el problema se alivie o desaparezca.

Este supuesto circuito de mantenimiento del problema, se convierte desde una óptica relacional en el patrón significativo de **diagnóstico**, en tanto es el que define los componentes, y cómo interjuegan entre ellos en los *temores disfuncionales* a solucionar por el terapeuta. "Este centrarse en la forma en que un sistema está organizado o en que funciona erróneamente, implica creer menos en las carencias individuales"... "consideramos tan importante el contexto interactivo de la conducta que, además de conceder escasa importancia a los factores históricos o de personalidad como hipotéticos orígenes de la conducta problemática, también otorgamos muy poca influencia a las hipotéticas carencias orgánicas"... "aún en el caso de que se hayan establecido de modo definido y resulten claramente implicadas, atribuiremos una importancia considerable a la forma en que se hace frente a dichas carencias desde el punto de vista de la conducta" (Fisch, Weakland y Segal, 1984)

- 4) *el objetivo terapéutico se dirige a modificar el circuito de mantenimiento en su nivel ideológico y/o interaccional, en las secuencias o personas que estén más motivadas y tengan poder o influencia para hacer el cambio.*

Se supone en consecuencia, que la ruptura del circuito de mantenimiento del problema de-construye el anclaje disfuncional, abriendo la posibilidad de la puesta en funcionamiento de otras conductas beneficiosas o adaptativas.

Por lo tanto, el objetivo terapéutico general es el bloqueo o modificación de este circuito de mantenimiento: "Esta visión propone que la tarea del terapeuta no se reduzca a comprender el sistema familiar y el lugar que en él ocupa el problema, sino que también ha de tomar alguna medida que cambie el

sistema disfuncional con el objeto de solucionar el problema" (Fisch, Weakland y Segal; 1984)

Particularizando, si en el transcurso de la terapia se logra un cambio en esas significaciones otorgadas a los temores, y/o se modifican las conductas manifiestas que los participantes del circuito de mantenimiento ponen en funcionamiento en relación al temor del niño, es esperable que dicho temor disminuya o desaparezca, retro-alimentándose en consecuencia un circuito beneficioso.

- 5) *De la misma manera en que los miembros que se comunican significativamente construyen en los consensos lingüísticos una situación como indeseable o "problema", ellos co-construyen la significación de alivio o resolución: "problema" o "no problema" son categorías consensuadas en la comunicación lingüística entre los miembros que se influyen mutuamente.*

"La evaluación de los resultados del tratamiento también dependerá de la concepción que se tenga del problema" (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Por esta razón, la evaluación del resultado terapéutico se refiere a la evaluación que los consultantes hacen desde su percepción del estado del motivo de consulta o problema. Cabe señalar que, en el caso de los *temores disfuncionales* infantiles, la disminución o desaparición de los síntomas es también fácilmente observable o comprobable desde diversos observadores externos, entre ellos, el terapeuta.

2.2 Hipótesis de trabajo y objetivos de la investigación

Hipótesis: *Más allá de otros factores intervinientes, siempre existen creencias y patrones interaccionales típicos, retroalimentados entre el niño que manifiesta temores disfuncionales y otros significativamente relacionados con él*

El presente trabajo pretende lograr los siguientes **objetivos:**

Objetivos generales

- Identificar las creencias/significaciones y los patrones explícitos de interacción familiar que aparecen en relación a los problemas *temores disfuncionales* en los niños, que se constituyen en el circuito de diagnóstico relacional y, desde los supuestos del Modelo MRI de Palo Alto, constituirían su sistema de mantenimiento o sostén interaccional
- Aportar secundariamente evidencia empírica al supuesto del Modelo MRI, respecto a la presencia de creencias relativas al problema y patrones interaccionales asociados, en los problemas de *temores disfuncionales*
- Aportar elementos clínicos potencialmente útiles para la prevención y/o intervenciones terapéuticas sistémicas en los *temores disfuncionales* infantiles

Objetivos específicos:

- Identificar el conjunto de patrones interaccionales típicos en familias con niños con *temores disfuncionales*, que se disparan en relación a la conducta- problema en el intento de solucionarlas

- Identificar cuáles son las creencias o significaciones, que según el Modelo existirían, asociadas al establecimiento y retro-alimentación de esos patrones interaccionales típicos
- Analizar en la muestra experimental que continuó el tratamiento qué fenómenos clínicos se asocian en el plazo inmediato a las intervenciones del terapeuta hechas con el objeto de modificar los patrones interaccionales y las creencias disfuncionales

2.3 Definición de constructos y variables intervinientes

En relación a la Hipótesis de Trabajo y los Objetivos planteados para la presente investigación se definirán los siguientes **constructos**:

Problema o motivo de consulta: refiere a la/s conducta/s indeseables en la percepción de los consultantes, que se consensúan con el terapeuta como foco de la terapia: miedo a ir a la escuela, no aceptación de reglas, falta de control o impulsividad, etc. Asimismo, se han mantenido suficientemente en el tiempo, dando lugar a intentos de solución "fallidos" por parte de todos los involucrados, incluido el niño portador

Temores disfuncionales: miedos, fobias o ansiedades que afectan la adaptación normal a las situaciones cotidianas de la vida infantil, tales como escolaridad, sociabilidad, o hábitos de vida. Son consensuados como "problemas" en el sistema de relación significativo, en tanto son connotados como indeseables por los consultantes

Creencias o significaciones: refiere a las opiniones, atribuciones de significado o teorías que adjudican los adultos significativos a la presencia del problema: al "qué piensan que hace ahora que el niño manifieste el temor, desobediencia, etc.", o "cuáles son sus teorías acerca de la presencia del problema"

Patrones interaccionales: refiere a las conductas explícitas por parte de los significativamente relacionados con el niño/a portador del problema y a las del propio portador, que se ponen en acto intentando solucionar el problema

Circuito o sistema de mantenimiento: refiere tanto a las creencias (anclaje ideológico) como a los intentos fallidos de solución (anclaje interaccional) que los diversos participantes involucrados en el problema, incluido el paciente identificado, ponen en funcionamiento y se retro-alimentan mutuamente frente a la aparición del problema. Ambos componentes son los que permiten hacer un **"diagnóstico relacional"** y constituirían, desde el Modelo MRI, la trama interaccional de mantenimiento de dichos problemas

Paciente identificado: se refiere al niño/a que manifiesta o porta un problema (en adelante PI)

Consultantes: se refiere a las personas que manifiestan motivación y poder de influencia para modificar el problema construido como motivo de consulta. Puede incluir o no al PI

Intervenciones terapéuticas que "entraron": refiere a las respuestas otorgadas por los consultantes a las intervenciones terapéuticas, que denotan que éstas fueron aceptadas e implementadas como fuentes posibles de cambio

Serán consideradas como **variables intervinientes** en la población a analizar: la edad y sexo de los PI y la edad, sexo, y ocupación de los padres.

2.4 Metodología de trabajo

El diseño de esta investigación es de tipo exploratorio descriptivo en el cual se comparan dos muestras clínicas. Es exploratorio, en tanto no hay estudios previos de estas características; es descriptivo, porque se hace un análisis comparativo de los datos referidos a dos muestras.

2.4.1 Población y muestras a analizar

La población está conformada por 129 familias que han consultado en instituciones del ámbito privado, en el período comprendido entre 1996 y 2006.

Las muestras son accidentales, compuestas por familias de clase media, que han consultado por un niño/a de entre 3 y 12 años de edad con *temores disfuncionales* u otros tipos de diferentes problemas.

La Muestra 1 (en adelante, grupo experimental) está compuesta por 75 familias con un PI que presenta temores de diversa índole: a la separación respecto a los adultos familiares, a las enfermedades, terrores nocturnos, retraimiento social, miedos varios, o miedos intensos específicos: a concurrir a la escuela, a las alturas, a robos o secuestros, a la muerte. La misma incluye como PI a 37 sujetos varones y 38 sujetos mujeres.

La Muestra 2 (en adelante, grupo control) está compuesta por 54 familias que consultan por problemas diversos "no-temores", tales como: de disciplina general (no aceptación de reglas), descontrol impulsivo (auto o hetero agresividad), dificultades en el rendimiento escolar, enuresis, problemas en la alimentación, soriasis o vitiligo, chuparse el dedo, tristeza. La misma incluye como PI a 37 sujetos varones y 17 sujetos mujeres.

2.4.2 Instrumentos y procedimientos de recolección de los datos

A) Se recabaron los datos clínicos a analizar en los grupos experimental ("con temores") y control ("no- temores") referidos a:

- a) **patrones interaccionales** o circuitos de soluciones ensayadas fallidas respecto al problema
- b) **creencias o significaciones** relativas a la conducta-problema, adjudicadas por los adultos involucrados en la misma

Para ello se utilizó como instrumento de evaluación, el registro de la entrevista inicial semi-estructurada realizada con las familias que consultan, llamada "**Ficha de Entrevista Inicial**"¹ en los siguientes ítems:

- Ítem 3, Motivo de consulta: se refiere a los diversos tipos de temores y a los problemas "no-temores" que traen a consulta, y se definen como foco de la terapia o consulta

- Ítem 4º, Historia y circunstancia actual del motivo de consulta: se refiere a "qué es lo que creen los consultantes que hace que el problema exista ahora", o "cuáles son sus teorías/significaciones acerca de la presencia del problema"

- Ítems 6a y 6b, Soluciones intentadas: se refieren a qué conductas explícitas han intentado poner en funcionamiento tanto el PI como "los otros" significativamente relacionados con él, en el intento de resolver los problemas

- Ítem 12, Diagnóstico: se refiere a los diversos "circuitos de mantenimiento del problema" que surgen de los intentos fallidos de solución y las creencias acerca de la presencia del problema, que se retroalimentan entre PI-Otros significativos

B) Se recabaron los datos clínicos en el grupo experimental ("con temores") referidos a:

- a) **la percepción de los consultantes respecto al estado del motivo de consulta**, en la sesión inmediata posterior a las intervenciones terapéuticas, dirigidas a modificar las creencias y patrones asociados a los temores disfuncionales

- b) **observaciones o comentarios adicionales**, vertidos en referencia a los efectos de dichas intervenciones

¹ Las Fichas de Entrevista Inicial y de Evaluación Parcial "sesión por sesión" del Proceso Terapéutico fueron construidas por R. Casabianca y H. Hirsch, y publicadas en el libro "Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el Modelo MRJ" (1989; 1991) 1ª y 2ª Ed. Universidad Nacional del Litoral. Se adjuntan en los Anexos I y II.

Para ello se utilizó como instrumento, el registro de la entrevista semi-estructurada de seguimiento del proceso terapéutico realizada con los consultantes, y llamada **"Ficha de Evaluación Parcial "sesión por sesión" del Proceso Terapéutico"** en los siguientes ítems:

- Ítem 1, Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva: se refiere a cómo los consultantes perciben el problema en relación al momento de la consulta anterior, y siempre en relación a la meta pactada. Se evalúa como "mejor", "igual" o "peor"

- Ítem 2b y Observaciones, Respuesta a las intervenciones de la sesión anterior: se refiere a registrar si las intervenciones "entraron" o "rebotaron", y comentarios adicionales por parte de los consultantes que pudieran orientar la próxima intervención terapéutica

C) Se recabaron los siguientes **datos demográficos** de los PI y sus familiares: edad y sexo de los PI, edad, sexo y ocupación de los padres.

Los mencionados datos se obtuvieron de la Ficha de Registro Inicial en su Carátula.

2.4.3 Técnicas de análisis de datos

Se implementaron los siguientes procedimientos de análisis cuali y cuantitativo: análisis de contenido (aplicado a la Ficha de Registro Inicial y a las Observaciones de la Ficha de Evaluación Parcial "sesión por sesión" del Proceso Terapéutico), un índice estadístico del grado de acuerdo entre jueces, y pruebas de significación estadística.

En relación al Objetivo B1: *Identificar un conjunto de patrones interaccionales típicos en familias con niños con temores disfuncionales, que se disparan en relación a las conductas- problemas en el intento de solucionarlas.*

A tal fin:

- a) Se analizaron los registros de las primeras entrevistas realizadas a la familia, en forma independiente, por el terapeuta a cargo de la sesión y otro terapeuta-experto externo, que observó los datos desde los mismos paradigmas teóricos y técnicos del primero. A tal fin:
- Ambos observadores clasificaron independientemente los patrones interaccionales ("soluciones intentadas") que se disparan a partir del/los temor/es presentado/s por los PI del grupo experimental
 - Ambos observadores clasificaron independientemente los patrones interaccionales ("soluciones intentadas") que se disparan a partir de otros problemas "no-temores", presentados por los PI del grupo control
 - Se aplicó el Phi de Cramer a fin de obtener el grado de acuerdo entre los juicios de los observadores-expertos, en cada una de las muestras definidas²
 - Se aplicó un análisis de contenido al circuito considerado el más completo de los clasificados por los jueces, con el fin de establecer categorías mutuamente excluyentes de los patrones
- b) Se compararon los patrones interaccionales hallados y clasificados en el grupo experimental ("temores") y el grupo control ("no-temores"), y se definieron sus diferencias y similitudes, a fin de identificar los patrones típicos de los niños con temor/es. Se aplicó la prueba de Chi Cuadrado.

² Se aplicó este coeficiente, porque los datos no poseían las condiciones requeridas para utilizar el coeficiente Kappa.

En relación al Objetivo B2: *Identificar cuáles son las creencias o significaciones que según el Modelo existirían, asociadas al establecimiento y mantenimiento de esos patrones típicos.* A tal fin:

- a) Se aplicó un análisis de contenido para conocer las creencias/significaciones asociadas a los patrones interaccionales identificados en los grupos experimental y control. Las categorías se definieron por el consenso de tres jueces
- b) Se compararon las creencias asociadas a los patrones interaccionales en ambos grupos. A fin de conocer si las diferencias entre el grupo experimental y el control son significativas se aplicó la prueba de asociación de Chi cuadrado

En relación al Objetivo B3: *Analizar en el grupo experimental ("contemores") que continuó en tratamiento, los fenómenos clínicos que se asocian en el plazo inmediato a las intervenciones hechas con el objeto de modificar los patrones interaccionales y/o las creencias.* A tal fin:

- a) Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas otorgadas al Item 1 de la "Ficha de seguimiento parcial sesión por sesión del proceso terapéutico": **Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva**, en las categorías "mejor", "igual" o "peor"
- b) Se hizo un análisis descriptivo de las respuestas registradas en el Item 2b) de la misma Ficha: **Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior**, en las categorías: "entraron" o "rebotaron". Se aplicó un análisis de contenido a las "**Observaciones**" correspondientes al Item, en los casos que los consultantes las hubieran expresado

- c) Se compararon las "Percepciones subjetivas respecto al estado del motivo de consulta" con las respuestas "entraron" o "rebotaron" (aceptación o rechazo) referidas a las intervenciones terapéuticas. A tal fin se aplicó una prueba de Chi cuadrado para definir si hay asociación entre las categorías

3. RESULTADOS

Los resultados hallados muestran lo siguiente:

3.1 Análisis de los patrones interaccionales (Objetivo B1)

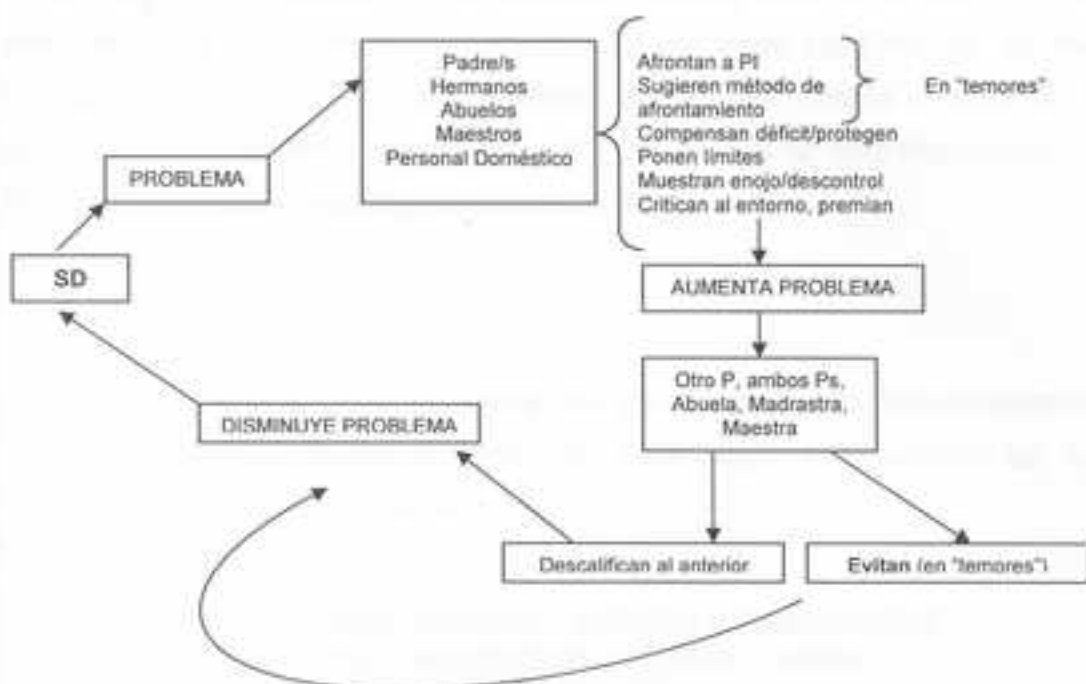
- 1) Respecto al **acuerdo entre jueces** en la definición de los patrones interaccionales, el Phi de Cramer es de .98 en el grupo experimental y .93 en el grupo control, lo que indica una alto grado de acuerdo para ambos grupos
- 2) Del análisis de los datos se identificaron los siguientes **patrones interaccionales**:

PATRÓN A: PI y otros se sobreinvolucran

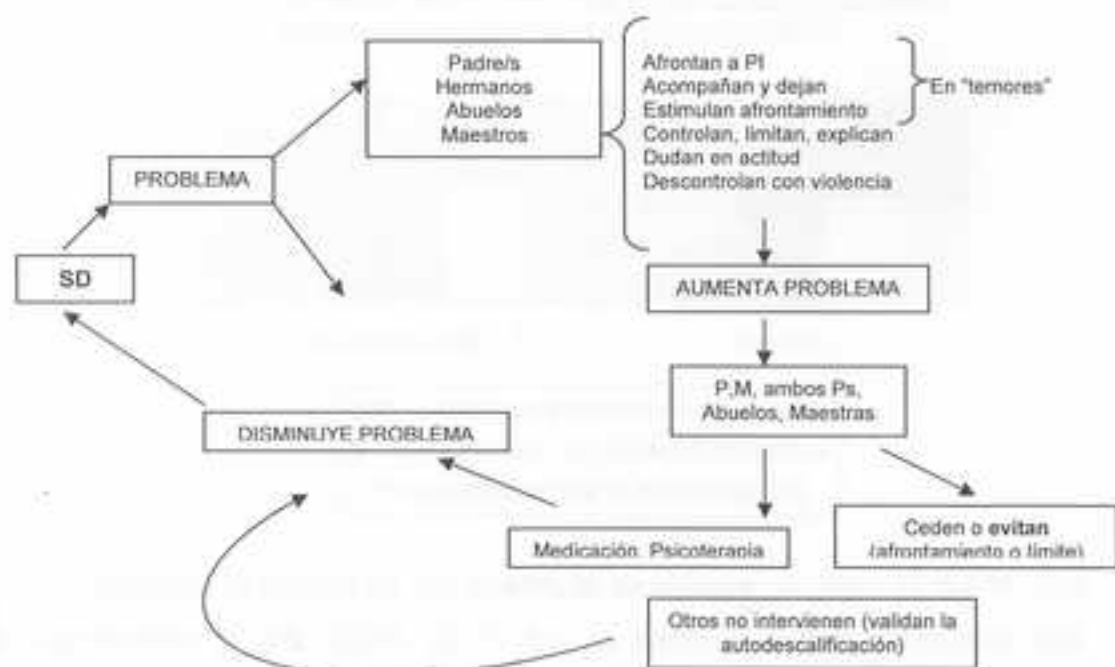


³ SD equivale a "Situación Disparadora" del problema

PATRÓN B: "Autoridades" se hétero-descalifican



PATRÓN C: "Autoridades" se auto-descalifican



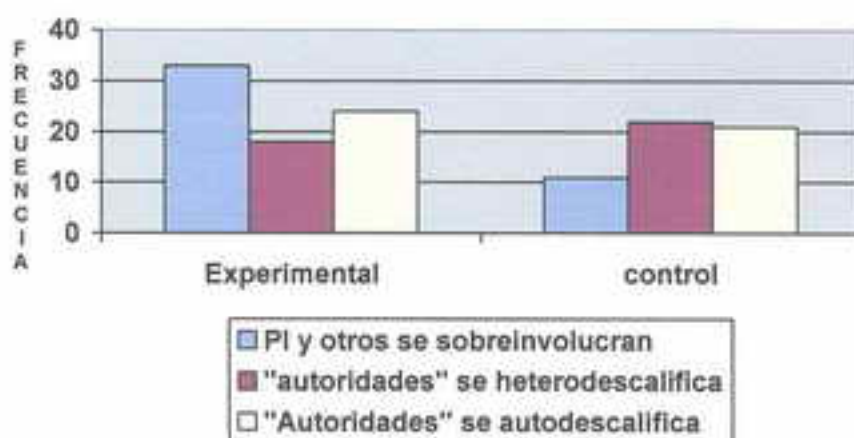
En el 100% de los casos del grupo experimental ("con temores") aparece la conducta de **evitación** de la situación temida por parte del PI y la **convalidación de la evitación** por parte de los "otros significativos" en sus intentos de solución. Esto se manifiesta de manera directa (Patrón A) o secundaria a la hétéro-descalificación (Patrón B) o a la auto-descalificación (Patrón C) por parte de las figuras de autoridad.

- 3) Los resultados de la **comparación de los patrones interaccionales** entre ambos grupos y dentro de cada grupo se muestran en las siguientes Tablas y Cuadros.

Tabla 1: Relación entre los "patrones interaccionales" del grupo experimental y el grupo control

Grupo	Patrones			Total
	Se sobreinvolucran	Se hetero- descalifican	Se auto- descalifican	
Experimental	33	18	24	75
Control	11	22	21	54
Total	44	40	45	129

Cuadro 1: Relación entre los "patrones interaccionales" del grupo experimental y el grupo control



Aplicando la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 8,404, que es significativo al alfa 0,015, gl. 2. Por lo tanto se puede decir que hay asociación entre los patrones de interacción y el grupo

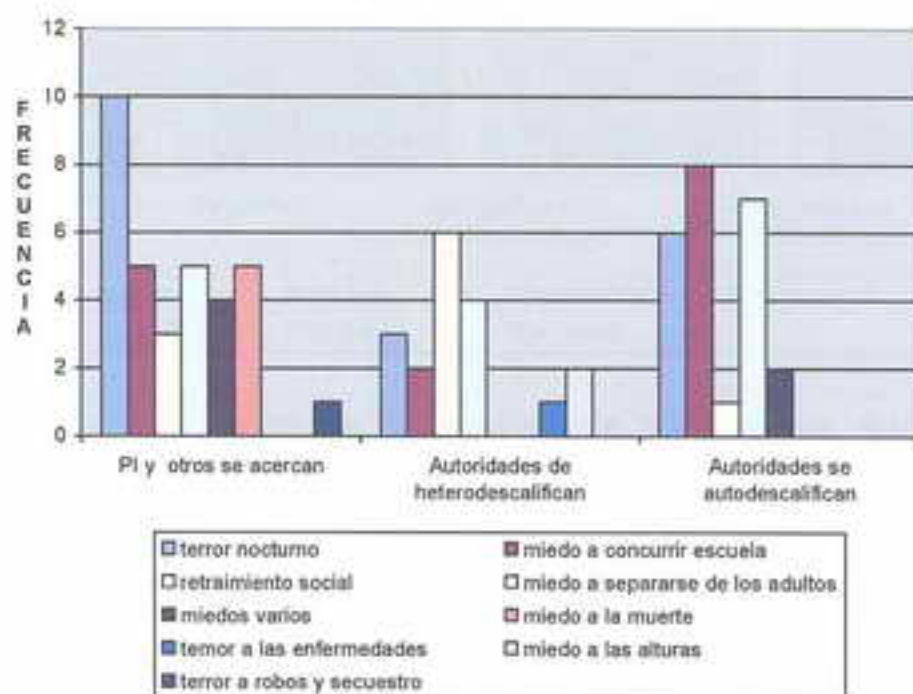
De los datos se puede inferir que la mayoría de los PI con temores y los adultos significativos "Se acercan mucho o sobreinvolucran".

En el grupo control, el patrón con mayor frecuencia es "Las figuras de autoridad se hétero-descalifican" o critican entre ellos (padres, madres, hermanos mayores, abuelas, maestros).

Tabla 2: Relación entre Motivo de consulta y patrones de interacción en el grupo experimental

Motivo de consulta	Patrones		
	PI y otros se acercan	Autoridades de heterodescalifican	Autoridades se autodescalifican
terror nocturno	10	3	6
miedo a concurrir escuela	5	2	8
retraimiento social	3	6	1
miedo a separarse de los adultos	5	4	7
miedos varios	4	0	2
miedo a la muerte	5	0	0
temor a las enfermedades	0	1	0
miedo a las alturas	0	2	0
terror a robos y secuestro	1	0	0

Cuadro 2: Relación entre Motivo de consulta y patrones de interacción en el grupo experimental

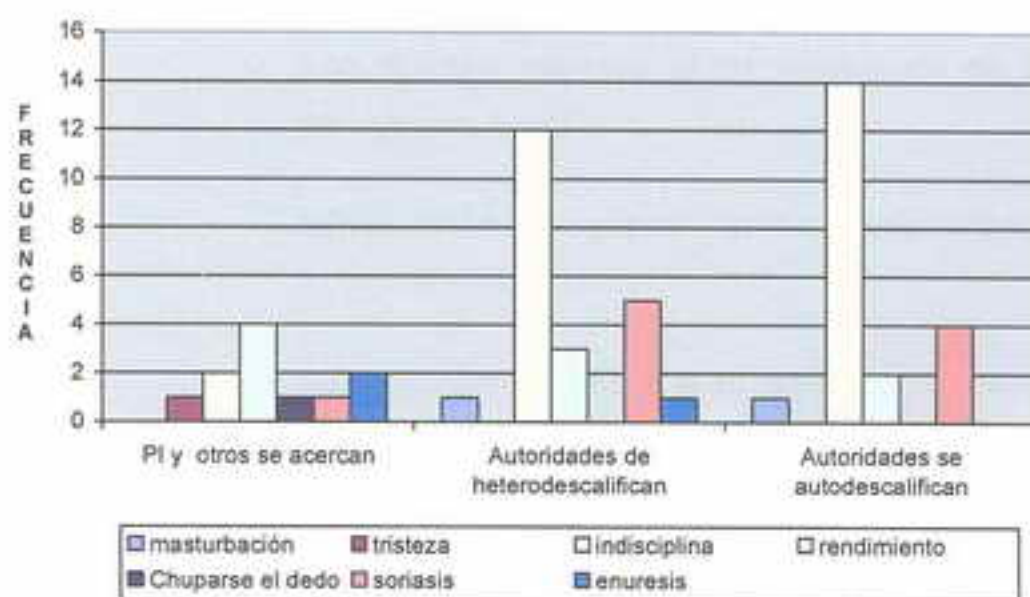


Aplicando la prueba de Chi cuadrado se puede afirmar que **no hay asociación** entre los tipos de temores y los patrones interaccionales.

Tabla 3: Relación entre motivo de consulta y patrones interaccionales en grupo control

Motivo de consulta	Patrones		
	Pi y otros se acercan	Autoridades de heterodescalifican	Autoridades se autodescalifican
masturbación	0	1	1
tristeza	1	0	0
indisciplina	2	12	14
rendimiento	4	3	2
chuparse el dedo	1	0	0
sorasis	1	5	4
enuresis	2	1	0

Cuadro 3: Relación entre motivo de consulta y patrones interaccionales en grupo control



Aplicando la prueba de chi cuadrado se puede afirmar que **no hay asociación** entre los patrones de interacción y los distintos tipos de problemas en el grupo control

3.2 Análisis de las creencias (objetivo B2)

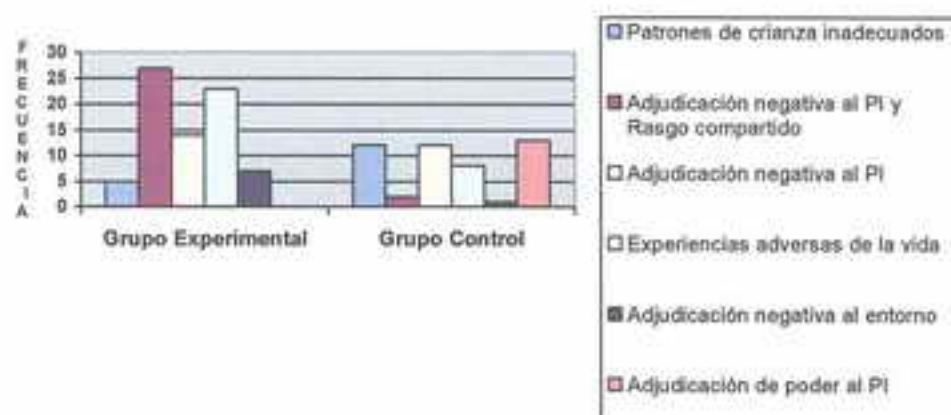
- 1- A partir de el análisis de contenido se establecieron las siguientes **categorias de creencias**:
 - **Patrones de crianza inadecuados** (falta de cuidado, capacidad o atención por parte de los padres)
 - **Experiencias adversas de la vida** (separación de padres, robos, exposición a conflicto conyugal, catástrofes físicas)
 - **Rasgo compartido con otro familiar** (ansiedad, sobreinvolucración)
 - **Adjudicación negativa al PI** (necesitado de afecto, dependiente, frágil)
 - **Adjudicación negativa al entorno** (peligroso, incomprensivo, exigente)
 - **Adjudicación de poder al PI** (fuerte, consigue lo que quiere, inmanejable)
 - **Combinaciones** de las categorías anteriores
- 2- Los resultados de la comparación en las **creencias** entre ambos grupos y dentro de cada grupo se muestran en las siguientes Tablas y Cuadros.

Tabla 4: Relación entre las creencias del grupo experimental y el grupo control

Frecuencias y proporciones

Creencias	Grupo Experimental		Grupo Control	
Patrones de crianza inadecuados	5	6.6%	12	22.22%
Adjudicación negativa al PI y Rasgo compartido	27	36%	2	3.70%
Adjudicación negativa al PI	18	24%	12	22.22%
Experiencias adversas de la vida	23	30.66%	8	14.81%
Adjudicación negativa al entorno	2	2.66%	7	12.96%
Adjudicación de poder al PI	0	0	13	24.07%

Cuadro 4: Relación entre las creencias del grupo experimental y el grupo control



Aplicando la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 46,483 que es significativo al alfa 0,000, gl.5 Por lo tanto se puede afirmar que **hay asociación entre las creencias y el grupo**

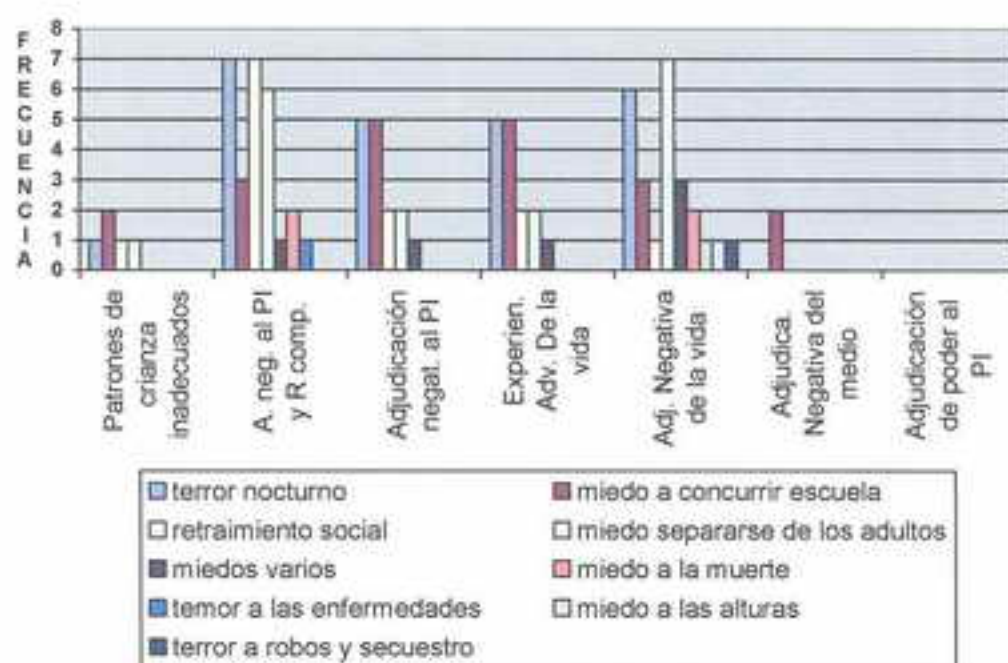
Los resultados muestran que la principal creencia del grupo experimental está asociada a "Adjudicación negativa a PI y Rasgo Compartido por otro familiar", seguida por "Experiencias adversas de la vida".

Se puede observar que en el grupo control ("no temores") la mayoría de las frecuencias se concentra en las categorías "Adjudicación de poder al PI", junto a "Patrones de crianza inadecuados" y "Adjudicación negativa al PI"

Tabla 5: Relación entre creencias y motivo de consulta en el grupo experimental

Creencias					
Motivo de consulta	Patrones de crianza inadecuados	Ad. neg. a PI y R. comp.	Adjudic. Negativa a PI	Exp. Adv. de la vida	Adj. Negativa al entorno no
terror nocturno	1	7	5	6	0
miedo a concurrir escuela	2	3	5	3	2
retraimiento social	1	7	2	1	0
miedo a la separación	1	6	2	7	0
miedos	0	1	1	3	0
miedo a la muerte	0	2	0	2	0
temor a las enfermedades	0	1	0	0	0
miedo a las alturas	0	0	0	1	0
terror a robos y secuestro	0	0	0	1	0

Cuadro 5: Relación entre creencias y motivo de consulta en el grupo experimental

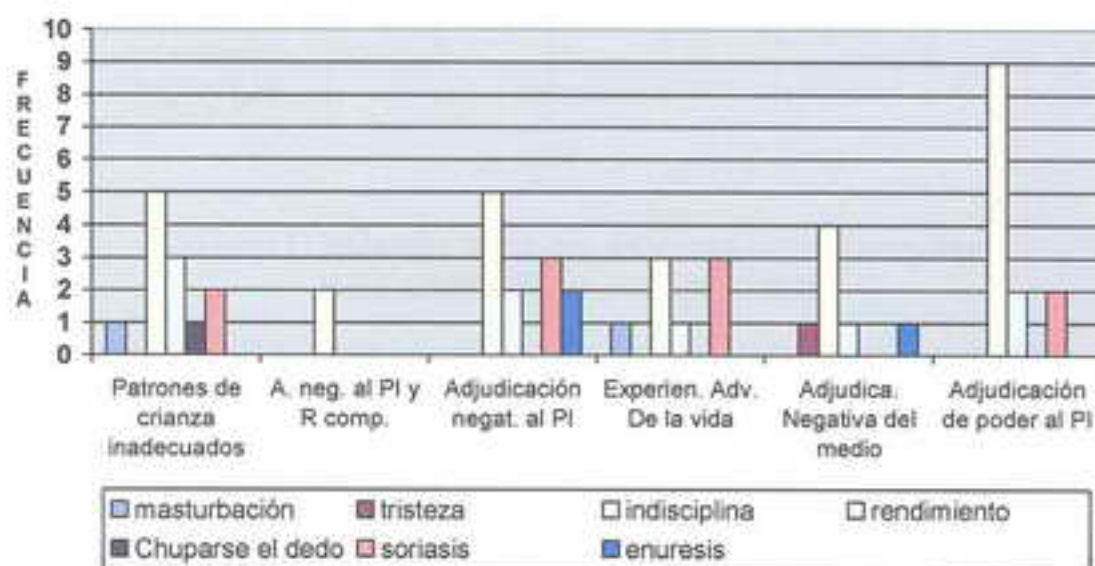


Se puede observar que **no hay asociación** entre las creencias y los distintos tipos de temores.

Tabla 6: Relación entre creencias y motivo de consulta en el grupo control

Motivo de consulta	Creencias					
	Patrones de crianza inadecuados	A. neg. a PI y R. comp.	Adjudicación negat. a PI	Experiencia adv. de la vida	Adjudicación Negativa al entorno	Adjudicación de poder a PI
masturbación	1	0	0	1	0	0
tristeza	0	0	0	0	1	0
indisciplina	5	2	5	3	4	9
rendimiento	3	0	2	1	1	2
Chuparse el dedo	1	0	0	0	0	0
soriasis	2	0	3	3	0	2
enuresis	0	0	2	0	1	0

Cuadro 6: Relación entre creencias y motivo de consulta en el grupo control



La dispersión de los datos permite inferir que **no se puede hablar de asociación** entre el motivo de consulta y las creencias en el grupo control

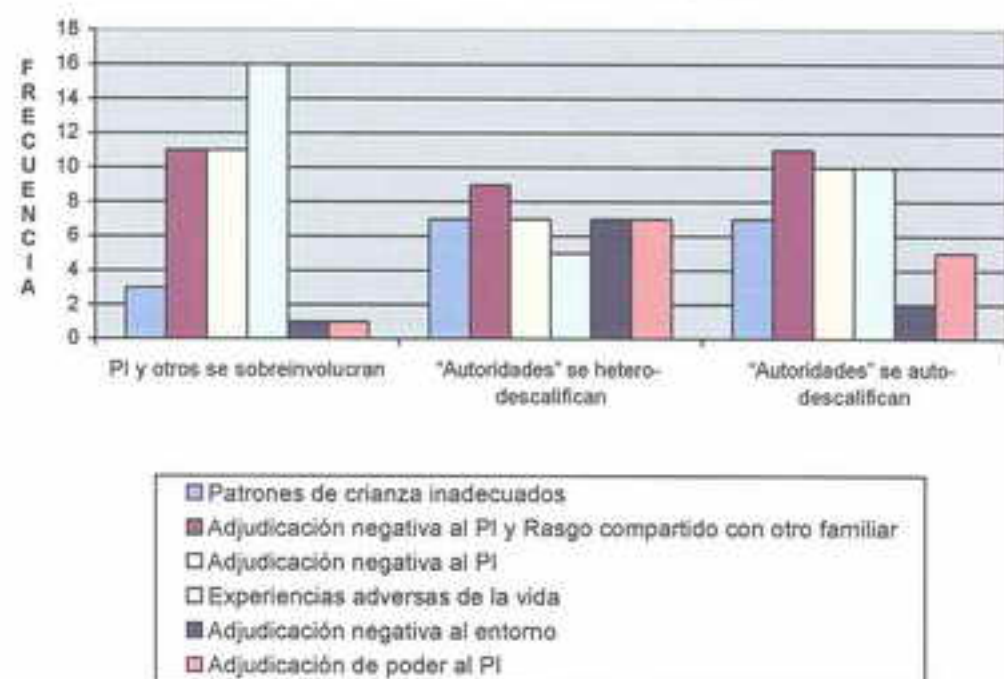
3.3 Análisis de la relación entre los patrones interaccionales y las creencias

Los resultados obtenidos del análisis de *la relación entre patrones interaccionales y creencias* se muestran en las siguientes Tablas y Cuadros:

Tabla 7: Relación entre los patrones interaccionales y las creencias de ambos grupos

Creencias	Patrones		
	PI y otros se sobreinvolucran	"Autoridades" se hetero-descalifican	"Autoridades" se auto-descalifican
Patrones de crianza inadecuados	3	7	7
Adjudicación negativa al PI y Rasgo compartido con otro familiar	11 8,52%	9 6,97%	11 8,52%
Adjudicación negativa al PI	11 8,52%	5	10 7,75%
Experiencias adversas de la vida	16 12,40%	7	10
Adjudicación negativa al entorno	2	5	2
Adjudicación de poder al PI	1	7	5

Cuadro 7: Relación entre los patrones interaccionales y las creencias de ambos grupos

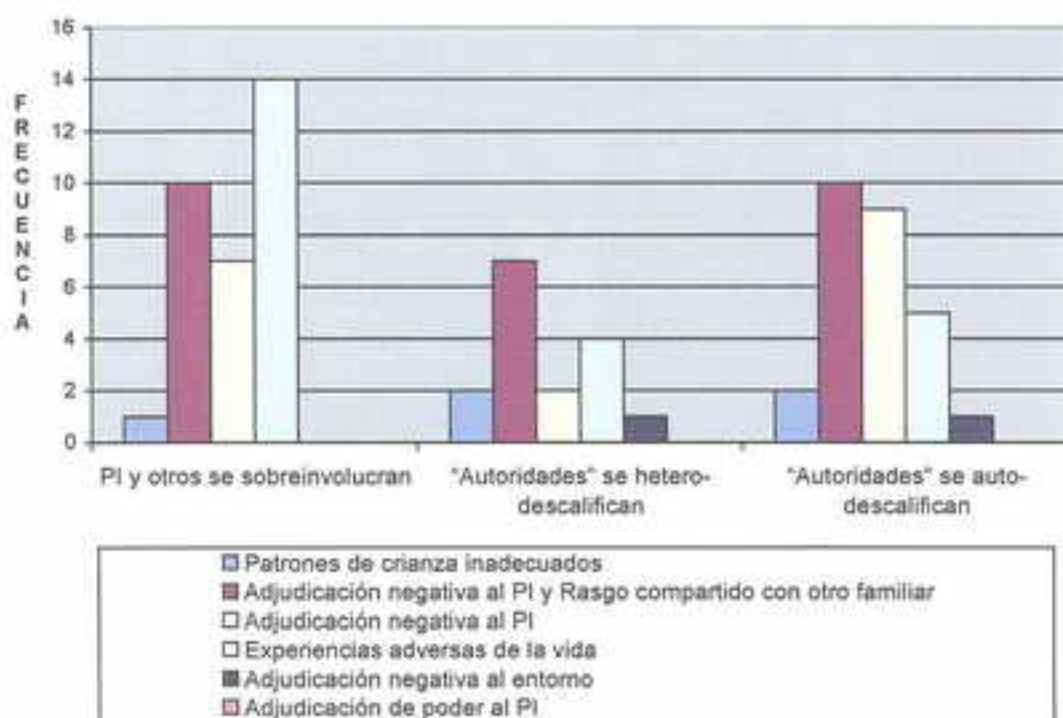


Dado que los datos se distribuyen en forma similar en las diferentes categorías, se puede inferir que **no hay asociación entre creencias y patrones interaccionales**

Tabla 8: Relación entre los patrones interaccionales y creencias en grupo experimental

Creencias	Patrones		
	PI y otros se sobreinvolucran	"Autoridades" se hetero-descalifican	"Autoridades" se auto-descalifican
Patrones de crianza inadecuados	1	2	2
Adjudicación negativa al PI y Rasgo compartido con otro familiar	10	7	10
Adjudicación negativa al PI	7	2	9
Experiencias adversas de la vida	14	4	5
Adjudicación negativa al entorno	0	1	1
Adjudicación de poder al PI	0	0	0

Cuadro 8: Relación entre los patrones interaccionales y creencias en grupo experimental

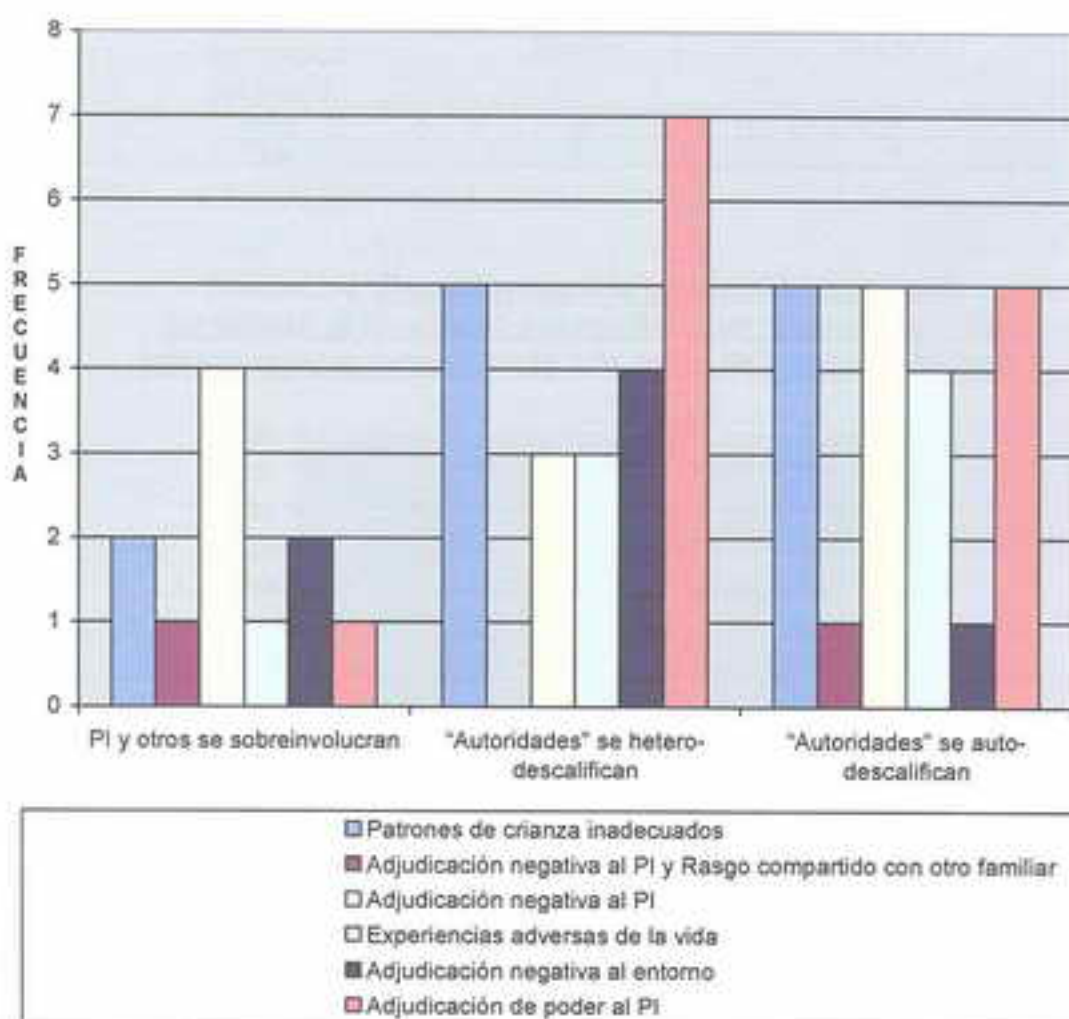


Aplicando la prueba de chi cuadrado se puede observar que no hay asociación entre creencias y patrones de interacción en el grupo experimental

Tabla 9: Relación entre los patrones interaccionales y creencias en grupo control

Creencias	Patrones		
	PI y otros se sobreinvolucran	"Autoridades" se hetero-descalifican	"Autoridades" se auto-descalifican
Patrones de crianza inadecuados	2	5	5
Adjudicación negativa al PI y Rasgo compartido con otro familiar	1	0	1
Adjudicación negativa al PI	4	3	5
Experiencias adversas de la vida	1	3	4
Adjudicación negativa al entorno	2	4	1
Adjudicación de poder al PI	1	7	5

Cuadro 9: Relación entre los patrones interaccionales y creencias en grupo control



Por la dispersión de los datos se observa que **no hay asociación** entre creencias y patrones de interacción en el grupo control

3.4 Análisis de los fenómenos clínicos del grupo experimental (Objetivo B3)

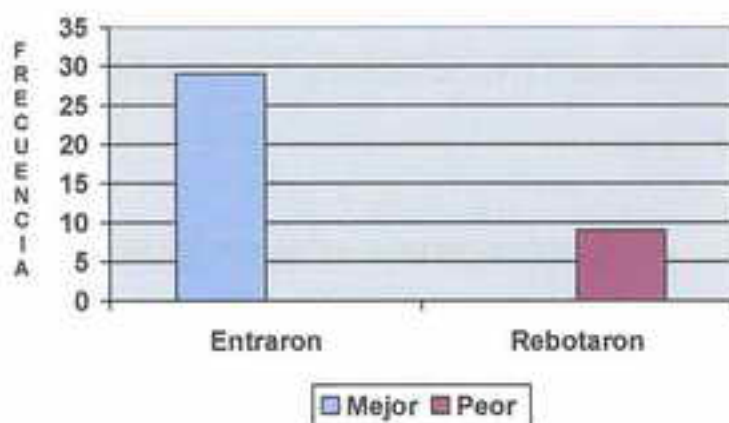
1) Los resultados obtenidos del análisis de los *fenómenos clínicos del grupo experimental* se muestran en la Tabla 10 y Cuadro 10:

Tabla 10: Relación entre la percepción subjetiva del estado del motivo de consulta y las respuestas a las intervenciones terapéuticas por parte de los consultantes.

Respuestas a intervenciones

Percepción subjetiva	Entraron	Rebotaron
Mejor	29	0
Peor	0	9

Cuadro 10: Relación entre la percepción subjetiva del estado del motivo de consulta y las respuestas a las intervenciones terapéuticas por parte de los consultantes.



Aplicando la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 4,26 que es significativo al alfa 0,05, gl. 1 . Por lo tanto se puede decir que **hay asociación** entre la percepción de estado del motivo de consulta y la respuesta de los

consultantes a las intervenciones terapéuticas. Los resultados muestran que el modo está representado por las categorías "entraron" y "mejor" con 29 sujetos (76%).

2) Análisis descriptivo de las **Observaciones** realizadas por los consultantes a las intervenciones terapéuticas.

Respecto a las Observaciones realizadas por los consultantes a las intervenciones terapéuticas, los resultados muestran las siguientes categorías y frecuencias:

En los que "entraron"		En los que "rebotaron"	
"Fue necesario el esfuerzo de todos" (PI y otros)	9	"Hay problemas serios de pareja" (violencia, posibilidad de separación)	6
"Requiere de tiempo para entrenarse los adultos"	4	"No pudimos porque somos muy miedosos" (los padres)	3
"Hubo dificultades para realizar acuerdos y hay temas de pareja" (los padres)	3		
"Fue difícil por miedos nuestros"	3		
"El PI asumió personalmente el cambio"	3		

El 75% de los consultantes que aceptaron las intervenciones terapéuticas, y el 100% de los que las rechazaron, dieron respuesta al ítem Observaciones, sin diferencias significativas en el contenido.

3.5 Análisis de las variables intervinientes

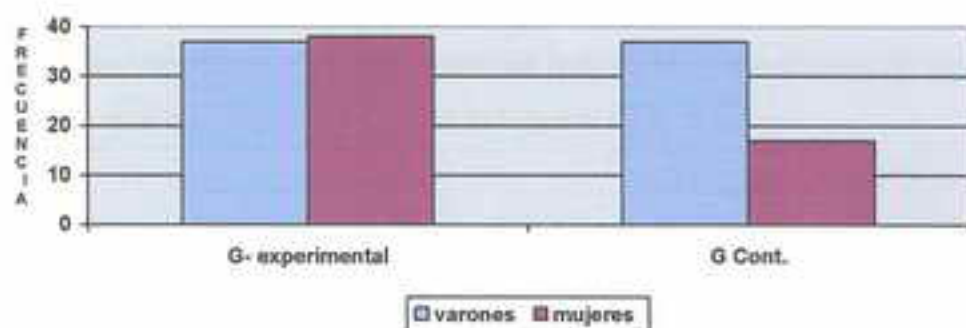
Con respecto a las **variables intervinientes** se observan los siguientes resultados:

1) En cuanto a la variable interviniente **sexo de los PI**, el grupo experimental está constituido por 37 (49,3) varones y 38 (50,7) mujeres, y el grupo control es de 37 (68,5) varones y 17 (31,5 %) mujeres, según se muestra en la Tabla 11 y Cuadro 11

Tabla 11: Sexo de los PI en grupo experimental y control

Sexo	Grupo	
	G experimental	G Control
Varones	37	37
Mujeres	38	17

Cuadro 11: Sexo de los PI en grupo experimental y control



2) En la relación entre *ocupación de la madre y motivo de consulta*, los resultados se muestran en la Tabla 12 y Cuadro 12

Tabla 12: Relación entre ocupación de la madre y motivo de consulta

Ocupación	Grupo	
	G. Exp	G Cont
empleado	15	20
profesional	21	21
ama de casa	39	13

Cuadro 12: Relación entre ocupación de la madre y motivo de consulta



Aplicando la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 10,57, que es significativo al alfa 0,005, gl. 2. Por lo tanto se puede decir que **hay asociación entre el tipo de ocupación de la madre y los motivos de consulta** (que en el caso del grupo experimental son "temores disfuncionales", y en el grupo control otros motivos "no-temores").

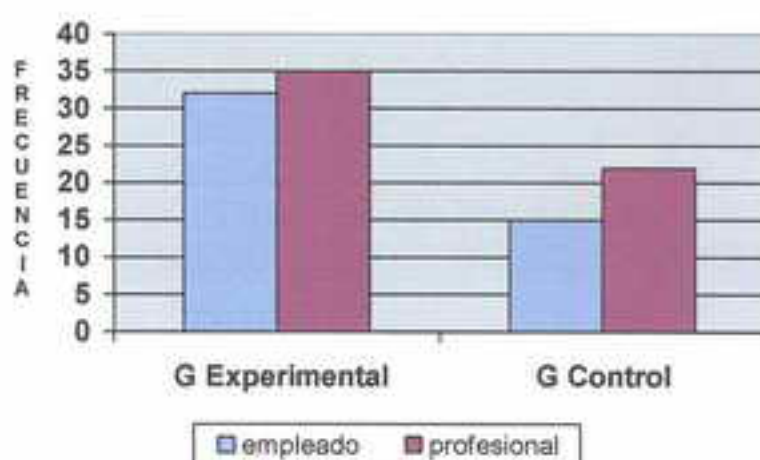
Cabe señalar que una gran proporción de madres del grupo experimental son amas de casa, mientras que en el grupo control, la proporción de madres que corresponde a dicha categoría es la menor.

3) En la relación entre **ocupación del padre y motivo de consulta** los datos hallados se presentan en la Tabla 13 y Cuadro 13

Tabla 13: Relación entre oficio del padre y motivo de consulta

Ocupación	Grupo	
	G Experimental	G Control
empleado	32	15
profesional	35	22

Cuadro 13: Relación entre oficio del padre y motivo de consulta



Aplicada la prueba de Chi Cuadrado **no muestra relación significativa entre el motivo de consulta y el oficio del padre.**

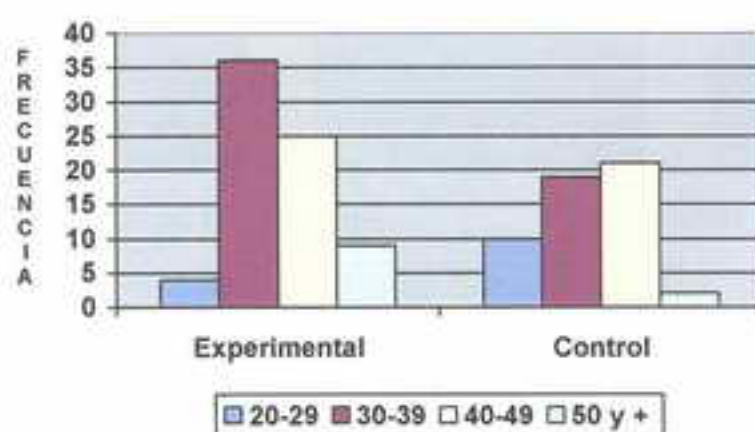
4) En cuanto a la relación entre *edad de la madre y motivo de consulta*, los resultados hallados son los que se presentan en la Tabla 14 y Cuadro 14

Tabla 14: Relación entre edad de la madre y motivo de consulta

Edad de la madre

Grupo	20-29	30-39	40-49	50 y +
Experimental	4	36	25	9
control	10	19	21	2

Cuadro 14: Relación entre edad de la madre y motivo de consulta



Aplicando la prueba de Chi cuadrado se consiguió un valor de 9,063, que es significativo al alfa 0,028, gl. 3. Por lo tanto se puede decir que hay asociación entre la edad de la madre y el motivo de consulta.

Se observa que en una gran proporción de las madres del grupo experimental, la edad varía entre 30 y 39 años. En cambio, la edad predominante en las madres del grupo control oscila entre 40 y 49.

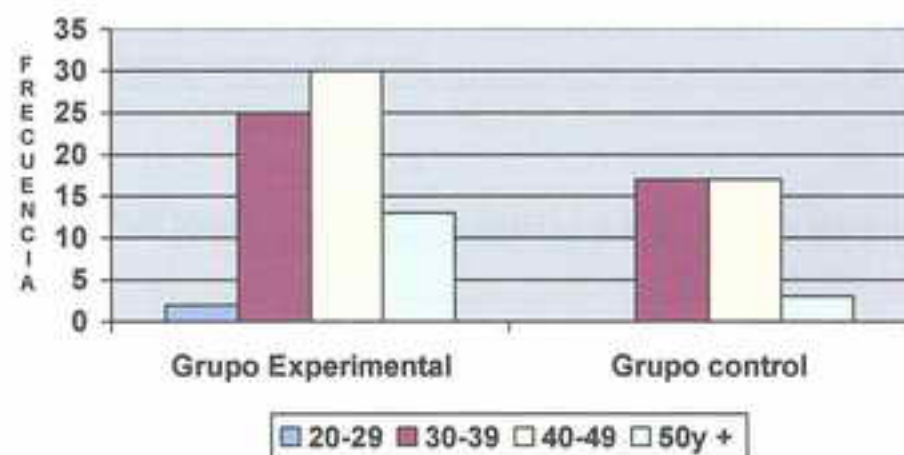
5) En cuanto a la relación entre la *edad del padre y el motivo de consulta*, los datos se presentan en la Tabla 15 y Cuadro 15.

Tabla 15: Relación entre Edad del Padre y Motivo de Consulta

Grupo

Edad del padre	Grupo Experimental	Grupo control
20-29	2	0
30-39	25	17
40-49	30	17
50y +	13	3

Cuadro 15: Relación entre Edad del Padre y Motivo de Consulta



Los resultados obtenidos no muestran asociación entre la edad del padre y el motivo de consulta.

6) El análisis descriptivo del grupo experimental permite observar los siguientes datos referidos a los **tipos de temores** (Cuadro 16), las **medias de edades** relativas a cada tipo de temor (Tabla 16), y la relación entre el **sexo del PI y el tipo de temor** (Tabla 17 y Cuadro 17).

Cuadro 16: Frecuencias de los tipos de temores disfuncionales

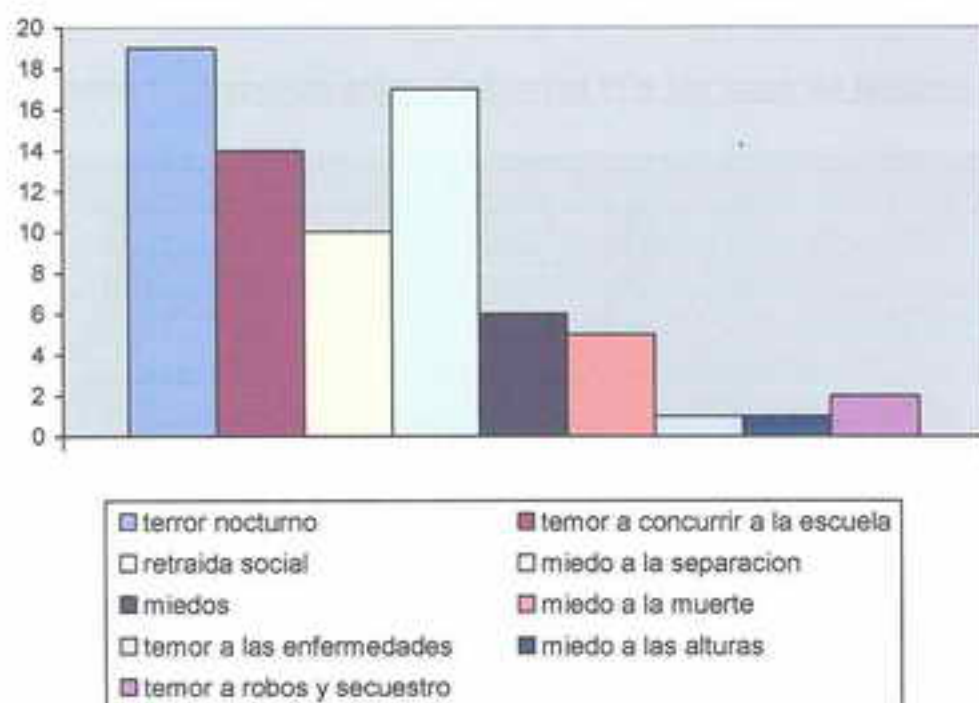


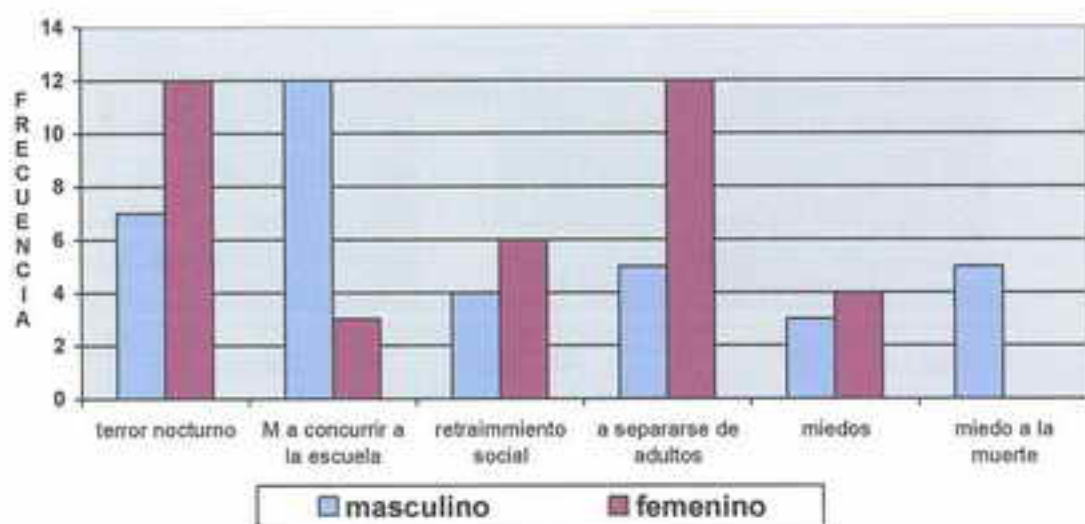
Tabla 16: Medias de edades relativas a los tipos de temores

Tipo de temor	Media edad	Frecuencia
terror nocturno	9,74	19
miedo a concurrir escuela	8,50	14
retraimiento social	7,70	10
miedo a separarse	7,06	17
miedos varios	10,83	6
miedo a la muerte	10,25	5
temor a las enfermedades	8,00	1
miedo a las alturas	10,00	1
temor a robos y secuestro	11,00	2

Tabla 17: Relación entre el sexo del PI y los tipos de temores

Sexo	Tipo de temor					
	terror nocturno	miedo a concurrir a escuela	retraim. social	miedo a separarse de adultos familiares	miedos varios	miedo a la muerte
masculino	7	12	4	5	3	5
femenino	12	3	6	12	4	0

Cuadro 17: Relación entre el sexo del PI y los tipos de temores



Se analizaron las categorías que concentraban el mayor número de casos.

En el sexo masculino la mayor frecuencia está dada por el "temor a concurrir a la escuela", y en el sexo femenino por "el terror nocturno" y "miedo a separarse de los adultos familiares".

Aplicando la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 17,988 que es significativo al alfa 0,035, gl. 5. Por lo tanto se puede decir que **hay asociación entre el tipo de temor y el sexo del PI.**

7) El análisis descriptivo del Grupo Control permite observar las siguientes frecuencias en los diversos **tipos de problemas** "no-temores" (Cuadro 18), **media de edad** (Tabla 18) y **relación comparativa entre sexo y motivo de consulta** (Tabla 19 y Cuadro 19)

Cuadro 18: Frecuencias de los Motivos de consulta en el grupo control

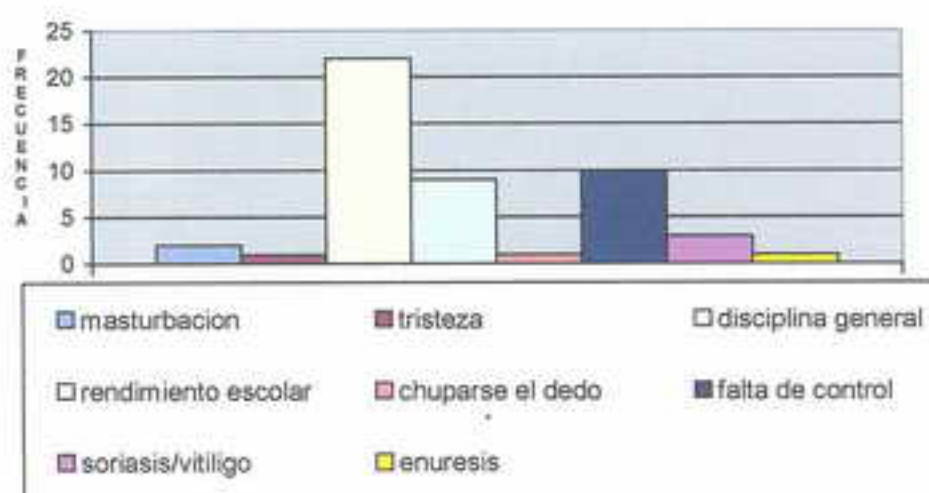


Tabla 18: Medias de edades en el grupo control

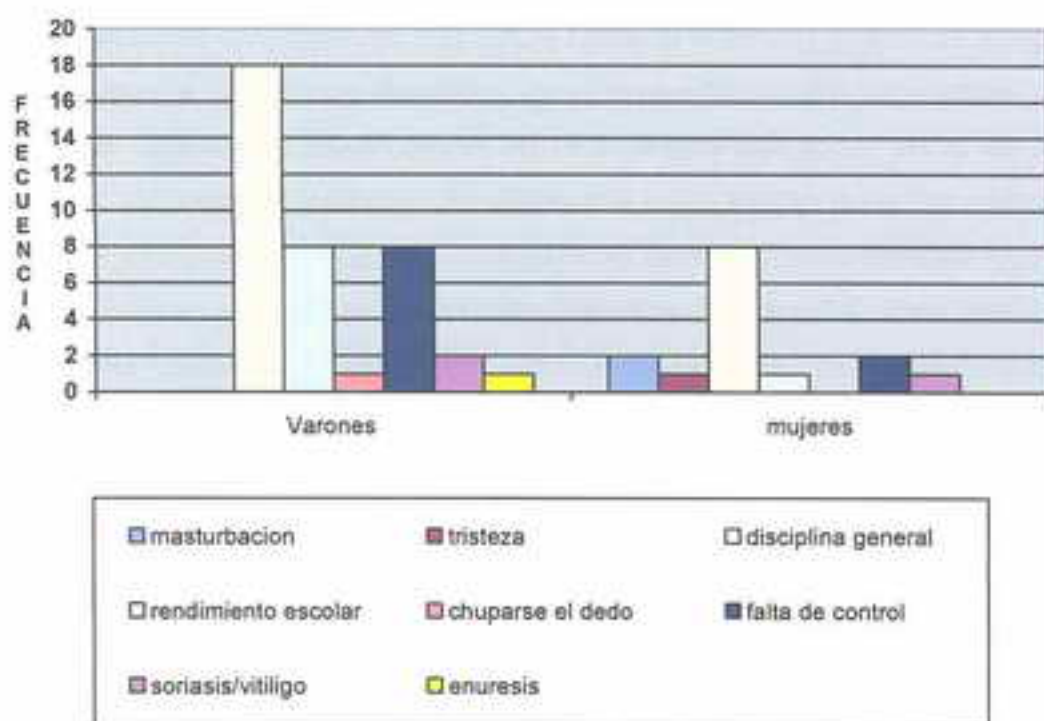
Motivo de consulta	Medias de edad	Frecuencia
masturbacion	8,5	2
tristeza	8	1
disciplina general	6,5	26
rendimiento escolar	8,78	9
chuparse el dedo	4	1
falta de control	8	11
soriasis/vitiligo	9,67	3
enuresis	5	1

Tabla 19: Comparación entre el sexo del paciente y motivo de consulta

Sexo

Motivo de consulta	Varones	Mujeres
masturbacion	0	2
tristeza	0	1
disciplina general	18	8
rendimiento escolar	8	1
chuparse el dedo	1	0
falta de control	8	2
soriasis/vitiligo	2	1
enuresis	1	0

Tabla 19: Comparación entre el sexo del paciente y motivo de consulta



Los resultados obtenidos **no muestran relación significativa ente sexo de los niños y el motivo de consulta**. El modo en el sexo masculino está dado por problemas disciplinarios.

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

4.1 Conclusiones generales

Esta investigación clínica nos ha permitido investigar, desde una perspectiva sistémica, aspectos referidos a las interacciones niños-otros significativos en los tradicionalmente llamados miedos, fobias y ansiedades.

Luego de un análisis detenido acerca de estos conceptos, definidos desde Modelos y enfoques diversos en el campo de la investigación y la clínica, hemos propuesto la *meta-definición de "temores disfuncionales"*, en el intento de abarcar el conocimiento disponible hasta el presente acerca de su identidad y naturaleza. Los datos obtenidos en el presente estudio han confirmado que *no hay diferencias significativas en la dinámica relacional entre las diversas clases de temores infantiles*. La diferencia entre los tipos de temores aparece fundamentalmente respecto a la diversidad de situaciones temidas, que son las que permiten especificar los distintos "motivos de consulta". Esto justificaria, en principio, mantener una clase amplia a la hora de identificarlos como disfuncionalidades, con naturaleza propia y relativa a dicha clase.

Asimismo, hemos adicionado el concepto de *dinámica* como componente necesario de un diagnóstico. Esta inclusión se fundamenta en que un diagnóstico, necesita no sólo especificar conceptualmente la identidad del problema, sino también dar datos que puedan ser instrumentales a la resolución de los problemas infantiles.

A través del análisis estadístico, hemos podido comprobar que el registro de los datos referidos a las creencias y patrones interaccionales, otorgados por los consultantes, posibilita hacer un "*diagnóstico relacional*" que expresa la dinámica propia de los problemas estudiados. Esto se sustenta en los índices de confiabilidad entre los expertos, obtenidos para el Ítem 12 (Diagnóstico) de

la Ficha de Registro Inicial, implementada como instrumento de recolección de datos en la población analizada⁴.

A continuación, hemos analizado los datos clínicos que permitieron probar la Hipótesis planteada: *"más allá de otros factores intervinientes, siempre existen creencias y patrones interaccionales típicos, retroalimentados entre el niño que manifiesta temores disfuncionales y otros significativamente relacionados con él"*.

La comprobación de esta Hipótesis, por implicancia, permitiría validar empíricamente uno de los supuestos teóricos del Mental Research Institute: hay "soluciones ensayadas" repetitivas, que se retroalimentan mutuamente entre el PI y otros significativos en relación a las conductas- problemas.

Pareciera que -como han expresado sus maestros- el circuito interactivo relativo a las conductas/ problemas está disparado por las manifestaciones del niño, y luego se autonomiza de sus condiciones iniciales, repitiéndose cada vez que ellas aparecen, y más allá de cuál haya sido la "causa" originaria. En el caso de los temores disfuncionales, el PI (con sus conductas manifiestas de angustia y tendencia a la evitación) y los otros significativos (con sus creencias acerca del problema y sus intentos de "solución") retroalimentan mutuamente con el transcurrir del tiempo, un circuito que no resuelve el problema.

A la vez, es digno de considerar que los datos hallados en referencia a la influencia interactiva entre el niño y su contexto social inmediato abren la alternativa de otorgar a los temores disfuncionales infantiles una *naturaleza psicosocial*, más allá de la intrapsíquica ampliamente comprobada. Hasta nuestros días, estos problemas han sido definidos como de índole individual y asociados a vulnerabilidad genética, cogniciones disfuncionales, aprendizajes maladaptativos, o producto de experiencias negativas en los vínculos tempranos o presentes.

⁴ Al margen de la utilidad que ello puede implicar para el trabajo clínico, también satisface una expectativa presente en el momento inicial de la construcción de las Fichas de Registro del Proceso Terapéutico: posibilitar la investigación.

Pero es dable remarcar que los hallazgos más recientes en el campo de la Psicopatología familiar ya comenzaron a demostrar empíricamente la influencia gene-ambiental, mostrando cómo la interacción entre el niño y los padres puede estimular o inhibir las cualidades genéticas por ambas partes (Rutter et al., 2000, 2001). Asimismo, varios investigadores clínicos, han sugerido analizar los fenómenos diádicos en las relaciones niño-adultos en las familias con problemas de ansiedad (Moore et al., 2004; Gar, Hudson y Rapee, 2005). De esta manera, *la mutua influencia* pasaría a ser considerada central en la interpretación de estas disfunciones y su prevención.

La asociación entre "temores manifestados por el niño-respuestas presentes de los otros significativos", integrada a estos hallazgos mencionados, hacen pensar que *la retroalimentación mutua, como estímulo interactivo de las predisposiciones personales implícitas tanto en niños como en adultos, es lo que explicaría que el fenómeno de los temores disfuncionales esté presente*. En otras palabras, ambos aportes serían necesarios.

Finalmente, y previo a la discusión de los diversos aspectos involucrados en este estudio, creemos pertinente incluir una observación acerca de los fenómenos clínicos parciales hallados en el seguimiento inmediato posterior a las intervenciones terapéuticas. Éstos *hacen suponer que, si se modifican las soluciones intentadas, es posible aliviar o resolver los temores disfuncionales*. No podemos aún afirmar, dado el diseño de este estudio, que los patrones y creencias típicos detectados en los temores disfuncionales sean los "factores de mantenimiento" de esos problemas. Este tema, también complejo, necesita de otro tipo de investigación, que a su vez validaría empíricamente el supuesto teórico del Modelo MRI referido a que "las soluciones ensayadas sostienen lo que pretenden cambiar".

4.2 Conclusiones referidas a los patrones interaccionales

El análisis estadístico comparativo de las muestras estudiadas permitió inferir *asociación entre los patrones interaccionales y los tipos de problemas*.

Claramente la **"tendencia a sobreinvolucrarse o acercarse entre PI y otros"** cuando el niño manifiesta un temor disfuncional, muestra una frecuencia y proporción significativamente mayor que en otros tipos de problemas diversos.

Nardone (1997) -en población adulta- había descrito el fenómeno de "sobreprotección" por parte de otros, asociado a la agorafobia. En el campo de la Psicopatología infantil, las conductas equivalentes a la sobreinvolucración/control aquí encontradas, se habían observado como patrones de crianza de riesgo en las ansiedades (Hudson y Rapee, 2001, 2002), aunque aparecían también en varios desórdenes psiquiátricos (Dadds y Roth, 2001).

No obstante, ya desde la investigación causal-lineal, se había advertido que, si bien la tendencia a la sobreinvolucración por parte de los padres aparece con base de predisposición genética, también las conductas por parte de los niños permitían predecir dicha sobreprotección (Muris, 2007). Una mirada circular posibilita integrar estos hallazgos previos.

Nos resulta relevante destacar, asimismo, que más allá de esta "tipicidad" de sobreinvolucración mutua, todos los circuitos interaccionales propios de los temores *siempre incluyen la validación o refuerzo por parte de los adultos involucrados, del fenómeno de la evitación manifestada por el niño*. Esto aparece de manera directa (a través del acompañamiento, el intento de calmarlo, la protección y acercamiento), o como producto de la falta de sostenimiento del afrontamiento del PI a la situación temida, sea porque el conflicto entre los adultos lo impide (hétero-descalificación), o porque la misma figura de autoridad que lo intenta no puede sostenerlo (auto-descalificación).

En cuanto a esta cuestión, se hace necesario considerar que los circuitos hallados son complejos e incluyen varias conductas escalonadas en su puesta en acción. Si bien sabemos que "la involucración entre PI-otros" es típica de los temores y "la hétero-descalificación entre las figuras de autoridad" predomina significativamente en los otros problemas, cuál o cuáles de los

componentes o eslabones de los circuitos interaccionales será más responsable del mantenimiento del problema a través del tiempo, aún no lo sabemos.

Focalizado sobre los temores disfuncionales, Mowrer (1960) sostenía que la *evitación* era el factor de mantenimiento de las fobias infantiles, porque acarrea alivio transitorio e impide que el niño aprenda que las situaciones percibidas como peligrosas no son dañinas en verdad. Haciendo un análisis sutil de los circuitos interaccionales definidos para los diversos tipos de problemas ("temores" y "no-temores") parecería que la teoría de Mowrer tiene asidero. La sobre-involucración, la hétero-descalificación y la auto-descalificación por parte de las figuras de autoridad, son patrones de interacción que aparecen en relación a todos los problemas, aunque algunos sean predominantes y característicos de ciertos de ellos. **Sólo** la convalidación de los otros de la tendencia a la evitación manifestada por el niño (de manera directa o indirecta) aparece formando parte del circuito auto-perpetuante en los temores disfuncionales.

Esto podría relacionarse, por inferencia, con el mantenimiento de las distorsiones cognitivas a las que aludió Mowrer, y que aparecen presentes en numerosas investigaciones previas (Kendall y Mac Donald, 1993; Muris, Melckenbach y Van Spauwen, 2003; Dineen y Hadwin, 2004; Muris et al., 2005).

En conclusión, quizás lo más apropiado sería expresar que: *"el patrón interaccional típico de las familias con temores, es la sobreinvoluración entre niños y padres, que convalidan la evitación a las situaciones temidas manifestada por el niño"*.

4.3 Conclusiones referidas a las creencias

El análisis estadístico de las creencias *muestra asociación entre ellas y el tipo de problema* presentado por el niño ("temores" o "no-temores").

En el caso de los temores disfuncionales, la frecuencia y proporción claramente resaltante refiere a la categoría **"Adjudicación negativa al PI y rasgo compartido con otro familiar"**. Esta clase involucra la percepción desvalorizada del niño en términos de dependiente, necesitado de afecto, inseguro o frágil, y a la vez, la percepción de que alguno o ambos padres, o hermanos, también son miedosos y tienden a sobre-involucrarse.

Nos resulta interesante observar dos cuestiones atinentes a este dato:

- a) investigaciones previas en el campo de los temores no han arrojado resultados consistentes cuando se investigó la sola atribución negativa al niño desde los padres, ya que aparecía también en otros tipos de problemas (Muris, 2007). Ratificando este hallazgo en el presente estudio, la "Adjudicación negativa al PI", también se presenta con alta frecuencia en los otros problemas diversos "no-temores". Pareciera que la atribución de desvalimiento o debilidad al niño, por sí misma, no aparece asociada a ningún problema en particular, pero está presente con relativamente alta frecuencia en todos. Podríamos pensar, con visión interaccional, que esta atribución desde los adultos estimula en general "conductas problemáticas" por parte del niño, y también que un niño, con cualquier tipo de problema, podría estimular una visión deficitaria por parte de los adultos significativos.
- b) estudios anteriores han sugerido que la ansiedad materna y las fobias paternas son factores de riesgo en las ansiedades infantiles, pero varios autores (Whaley et al, 1999; Hudson y Rapee, 2005; Muris, 2007) han sugerido la necesidad de investigar con mayor profundidad cuánto de estas características paternas podrían estar estimuladas en la interacción niño-padres, sin haber podido atribuir las a la psicopatología parental solamente. Rutter et al. (2000,

2001) habían anticipado que, un niño ansioso podría generar estrés en los padres y estimularles una sensación de amenaza, que a su vez facilitara evitarles a sus hijos las situaciones ansiógenas. Algunos autores (Hudson y Rapee, 2002), han sostenido que la ansiedad de los padres es una variable crucial para definir el grado de sobreinvolucración, estableciendo una conexión entre una variable y la otra.

De los resultados obtenidos en este estudio, integrados a los de investigaciones previas, se desprende que *la consideración de ambas variables conjuntamente (adjudicación negativa y rasgo de ansiedad/sobreinvolucración compartido con otro familiar), y puestas en términos de mutua influencia entre niños-padres, pareciera ser el dato que se vuelve significativo.*

Con respecto a la creencia estadísticamente asociada a los problemas diversos "no-temores" -la **"Adjudicación de poder al PI"** (fuerte, inmanejable, capaz de conseguir lo que quiere)- también creemos importante adicionar comentarios.

En primer lugar, subrayar que en la clase "no temores" el tipo prevalente de motivo de consulta ha sido la "falta de disciplina general" (no aceptación de normas). Parece coherente que si los adultos perciben a los niños con mucha "fortaleza" personal, y adicionalmente, en una alta proporción de casos perciben que hay patrones inadecuados de crianza parental, los infantes reaccionen con fuerza a las normas, y a los padres se les dificulte disciplinarlos, o simplemente sostener una "regla-solución".

El segundo comentario se refiere a que, en ningún caso de familias con niños con temores, los padres manifestaron esta creencia respecto al PI. Si bien una prueba de asociación estadística no permite diferenciar cuál de las creencias es la responsable de la diferencia, el que no aparezca ninguna frecuencia en esta clase parecería hablar de que el poder otorgado al niño es

de significativa influencia solamente en otros tipos de problemas, "no temores", y de especial peso en los problemas de disciplina.

Poniendo en comparación al grupo experimental con el grupo control, y por la distribución de las proporciones halladas, podríamos concluir que los padres y otros adultos significativamente ligados a los niños con temores, tienden a verlos deficitarios y semejantes a ellos en la carencia (también miedosos y sobreinvolucrados) y, adicionalmente, expuestos a experiencias adversas de la vida. En los otros tipos de problemas predomina la percepción de fortaleza y poder del PI en relación a los adultos, quienes además creen ejercer equivocadamente sus funciones parentales.

Puesto lo dicho en términos interaccionales, *las creencias sobresalientes desde los adultos en cada uno de los tipos de motivos de consulta (temores y no-temores), se asocian con conductas por parte de los niños que las retro-alimentan y refuerzan.*

4.4 Conclusiones referidas a las relaciones patrones-creencias

Los datos obtenidos muestran que *no hay asociación entre patrones interaccionales y creencias* en la población estudiada, ni tampoco dentro de cada grupo en particular.

Esto significa concretamente, que **las mismas creencias pueden dar lugar a diferentes tipos de patrones o, a la inversa, que un mismo patrón interaccional puede aparecer en relación a diferentes creencias.**

De hecho, el percibir desde los adultos al PI deficitario y con un rasgo de ansiedad o sobreinvolucración compartido con otro familiar (creencia característica del grupo "con temores"), aparece en relación a diversos tipos de patrones: sobre-involucración PI-adultos, auto-descalificación de la figura de autoridad que hace intentos por afrontar al PI con la situación temida, o hétero-descalificación entre las figuras de autoridad. De la misma manera, este patrón de hetero-descalificación entre las figuras de autoridad, típico de las otras

clases de problemas, puede verse en relación a la creencia predominante de adjudicar cualidades de poder al PI, como a "patrones de crianza inadecuados" o "adjudicación negativa al PI".

Este dato, a nuestro modo de entender muy interesante, podría explicarse por la complejidad de variables que juegan en el comportamiento humano. Cuando aparecen temores disfuncionales en los niños, *las particulares interacciones entre ellos y sus adultos significativos, parecen estimular mutuamente la actualización de también particulares predisposiciones por ambas partes*. Los diversos Modelos con enfoque individual han demostrado, desde sus constructos priorizados, diversas variables asociadas a los problemas de ansiedad: vulnerabilidades neuroquímicas, rasgos temperamentales, estilos de apego tempranos, cualidades del funcionamiento cognitivo, patrones de crianza ejercidos, por mencionar las más ampliamente investigadas.

Este hallazgo, fundamentó a priori la Hipótesis de que, "más allá de otros factores intervinientes, hay patrones y creencias...".

En el campo sistémico específicamente, el estudio de las cualidades de los sistemas abiertos, como la familia, llevó a implementar el término de "equifinalidad". Este concepto permite expresar, cómo el mismo producto puede provenir de situaciones causales diferentes, y tener más relación con la organización particular de los procesos interaccionales que con las condiciones iniciales (cualidades de personalidad de los miembros componentes).

Integrando este dato a lo expuesto en los debates precedentes, podemos agregar que *si bien hay cierta creencia y cierto patrón típico de las familias con niños con temores (en relación a los observados en otros problemas), dicha creencia no se asocia o "produce" de manera unívoca el patrón interaccional preponderante*. A la inversa, el patrón típico de las familias con esos pacientes: "Sobreinvolucración entre PI-Otros", puede estar asociado a creencias diversas (experiencias adversas de la vida, patrones de crianza

inadecuados, etc) y no sólo a la "Adjudicación negativa al sujeto y el rasgo de ansiedad o sobreinvolucración compartido con otro familiar".

De todo lo dicho en referencia a este punto, nos resulta también más comprensible la dificultad, a la que aluden todos los investigadores y clínicos dedicados al tema de las ansiedades, cuando se intenta definir qué variables, en qué proporción, y cómo, juegan en la aparición y mantenimiento de los temores disfuncionales.

4.5 Conclusiones referidas a las variables intervinientes

Centrando el análisis en el grupo "con temores", podemos observar que las frecuencias totales, no muestran diferencias entre niños y niñas. Este dato no condice con investigaciones previas, que sostienen que las mujeres son más miedosas que los varones (Muris y Melckerbach, 2001). Pero es necesario considerar, que dichos estudios fueron realizados en grandes poblaciones no clínicas.

El dato estadísticamente significativo, refiere a la diferencia hallada entre los tipos de temores en cada sexo: los varones, en relación a las mujeres, presentan una proporción significativamente mayor en el "miedo a concurrir a la escuela", mientras los "terrores nocturnos" y el "miedo a separarse de los adultos familiares" son más frecuentes en las niñas.

Es probable que haya razones de género y de evolución interviniendo en este resultado. La experiencia clínica nos muestra, repetidamente, que en el temor a concurrir a la escuela juegan numerosos factores ligados a la exposición social, confrontación, y competencia entre pares. Si integramos este dato al promedio de edad (8,5 años), las características evolutivas y de cultura para los varones podrían ayudarnos a explicar esa diferencia. Manteniendo esta lógica de género y etapa evolutiva, en nuestra cultura, las niñas suelen quedar más protegidas y por más tiempo en el contexto de los familiares, con menor entrenamiento para el mundo del afuera. Es probable, por lo tanto, que

sus temores se manifiesten prioritariamente en el ámbito privado o al despegarse del familiar.

Las medias de edades en los diversos tipos de temores también difieren de las halladas en poblaciones no clínicas. Cabe suponer que este fenómeno, en nuestro caso, se relaciona con el hecho de que sean consultantes y que, por lo tanto, no se trata de miedos evolutivos y pasajeros.

En el grupo "no temores", en cambio, no se encontró diferencia significativa relativa al sexo de los pacientes y los tipos de problemas presentados, si bien hay una predominancia de varones en la categoría "problemas de disciplina general".

Se pueden apreciar dos datos significativos ligados a la figura materna, que consideramos interesantes: *tanto la ocupación, como la edad de las madres, difieren entre los niños con temores y los otros tipos de problemas*. No sucede lo mismo en referencia a los padres.

En las familias con niños con temores, las madres son en proporción más jóvenes (en el rango entre 30 y 39 años fundamentalmente) y amas de casa. Esto podría entenderse, en nuestra cultura, como una diferencia asociada también a características de género y la tradicional organización de roles en la familia. Tanto la tendencia materna a cuidar y educar a la prole, como el permanecer en el ámbito doméstico, parecieran facilitar y explicar esta diferencia, que no se ha encontrado en países del primer mundo (Siqueland et al., 1996; Whaley et al., 1999). C. Jaes Falicov (1998) denominó a estas cualidades de funcionamiento, compartido con otras culturas latinas, como rasgos del más amplio "familismo".

4.6 Conclusiones referidas a los fenómenos clínicos del grupo experimental

El análisis estadístico realizado sobre el grupo que permaneció en tratamiento permite inferir que *el aceptar las intervenciones realizadas por el*

terapeuta con el objetivo de modificar las creencias y patrones interaccionales, se asocia a la percepción de mejoría del estado de los temores disfuncionales (en el 76% de los casos). Inversamente, quienes rechazaron las intervenciones, perciben el problema en el mismo estado que al momento de la primera consulta.

Las respuestas otorgadas por un grupo y el otro al ítem Observaciones no son mutuamente excluyentes en su contenido: en ambos grupos los consultantes mencionan "problemas de pareja" y "miedos de los padres", aunque el grupo que aceptó las intervenciones y percibió mejoría fue más diverso en sus respuestas. No obstante, es necesario aclarar que se trata de reacciones inmediatas a las intervenciones, no de evaluaciones de tratamientos, lo cual hablaría fundamentalmente desde los consultantes de flexibilidad y capacidad de aprendizaje a corto plazo en la mayoría.

Un punto interesante de resaltar en estas Observaciones es que, nuevamente, las mismas significaciones o creencias –en este caso referidas a la relación con el terapeuta- pueden llevar a los miembros de la familia a actuar en forma diferente: aceptando o rechazando la dirección por él propuesta.

Aunque los datos son muy preliminares, los resultados hallados nos permiten suponer que *la modificación de los patrones y creencias asociados a los temores disfuncionales infantiles podrían ser intervenciones terapéuticas eficaces para su resolución.*

En este sentido, cabe agregar que un alto porcentaje de los consultantes que no volvieron a terapia después de la primera sesión manifestaron, en un seguimiento un año después, haber percibido mejoría y sostenimiento de la misma.

Si bien no es objetivo de esta investigación ni tampoco pertinente a su diseño expresar sugerencias respecto al tema, la realizada por Nardone (1995) resulta ser un antecedente que muestra la dirección que aquí se vislumbra.

Una pregunta curiosa que surge a esta altura es: ¿qué modificamos cuando realizamos intervenciones dirigidas a cambiar las creencias y/o los patrones interaccionales disfuncionales asociados a los temores infantiles?

Por los resultados observados en la presente investigación, la modificación de "las soluciones ensayadas" en relación a los temores está implicando un cambio en las creencias asociadas a esos problemas, en los patrones interaccionales que se disparan y retroalimentan entre todos, y en la evitación de la situación temida por el niño y convalidada por los adultos que forma parte del circuito auto-perpetuante. De esta manera, el cambio terapéutico parece ser estimulado, a la vez, en los niveles cognitivos y conductuales, intra e intersubjetivamente.

Es posible que en la práctica clínica seamos más integrativos que desde las teorías, cuando trabajamos con temores disfuncionales. En otras palabras, la conclusión precedente nos permite suponer que, a la hora de explicar qué se hace en terapia, probablemente surjan más diferencias que semejanzas entre los profesionales del campo. A la hora de hacer para resolver el problema, aparecerían muy posiblemente más semejanzas que diferencias.

4.7 Aplicabilidad al campo clínico y propuestas para investigaciones futuras

Es necesario considerar en este estudio que el tamaño de las muestras, y el hecho de ser accidentales y clínicas, son condiciones que requieren de una actitud de precaución en la interpretación de los resultados.

El conocimiento de los patrones y las creencias asociados a los temores disfuncionales infantiles, adicionan un modesto y acotado conocimiento teórico al tema de cómo juegan algunas variables interaccionales en esos problemas.

Sobre esta base, podrían sustentarse investigaciones futuras, en poblaciones más amplias, y también en comparación con muestras no clínicas.

Un conocimiento más extenso en el campo clínico, como también dirigido a investigar qué creencias y patrones interaccionales se establecen cuando los temores infantiles -naturales a todo desarrollo- no persisten, aportaría un dato fundamental para la prevención de esos problemas.

En relación a la clínica infantil, es dable rescatar la comprobación del grado de interdependencia mutua entre niño-adultos, observada en los intentos de resolver los temores disfuncionales. Seguramente que el trabajo terapéutico con unos y/u otros separadamente, analizados en sus aportes y componentes particulares al problema, puede considerarse una elección acertada en relación a su producto final, como lo demuestran tantas investigaciones (Shortt, Barrett y Fox, 2001; Kendall et al., 2004; García-López et al., 2005). No obstante, *el poner el foco en la interacción disfuncional y actuar para modificarla parecerían ser intervenciones de alta eficacia*, observando los resultados preliminares obtenidos en la sesión siguiente a realizarlas.

Desarrollar diseños de investigación-intervención a los fines de estudiar más específica y profundamente este tema de efectividad terapéutica, desde una visión sistémica, es otra línea que se proyecta como interesante y beneficiosa.

Asimismo, consideramos un aporte de transferencia la posibilidad de introducir un tipo de "diagnóstico relacional", que no se restringe a las relaciones familiares, y que se constató como confiable para evaluar la dinámica interaccional propia de los temores disfuncionales. Él nutre a los clínicos de un recurso rápido, relativamente fácil de implementar, y útil a los fines terapéuticos.

También estamos convencidos de que la falta de resultados significativos en varios de los análisis realizados, que denotan la complejidad de variables intervinientes y sus respectivas influencias en estos problemas, nos deberían llevar a pensar en incluir diseños de investigación desde epistemologías y metodologías diversas, algunas aún no convencionales en el campo científico, y con una visión integrativa.

Sumar conocimientos desde distintas lentes, para luego integrarlos, avizoramos que es el rumbo que enriquecerá este tema, de indudable peso si consideramos los pronósticos epidemiológicos.

No podemos dejar de mencionar la relevancia que está cobrando en el campo de los temores disfuncionales o ansiedades, el tema de los factores protectivos, y cómo interjuegan con los factores de riesgo a la hora de aumentar o disminuir la probabilidad de que aparezcan o se mantengan. Esta cuestión está en estado incipiente en la investigación empírica, y creemos que su avance necesario será paralelo al desarrollo de lo expresado en el párrafo precedente.

Una reflexión final, retomando las ideas expuestas en la Introducción de este trabajo, y en relación a los datos obtenidos. Creemos que ameritan preguntarse: "haciendo qué conseguimos los mismos buenos resultados racionalizando recursos, y cómo podemos evitar que los temores disfuncionales infantiles se multipliquen".

Al menos en Argentina hoy, tener nuevas y mejores respuestas a ambos interrogantes, justificaría continuar la investigación empírica en el tema de esta tesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadi, J.E.; Fernandez Alvarez H. & Rausch-Herscovici, I.C. (1999): *El bienestar que buscamos*. Buenos Aires. Adriana Hidalgo Ed.
- Aberasturi, A. (1981): *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires. Paidós
- Achenbach, T.M.; Connors, C.K.; Quay, H.C.; Verhulst, F.C. & Howell, C.T. (1989): Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 299-323
- Adán, M.S. & Piedrabuena, S. (2007): Diagnóstico y estrategia en psicoterapia. En D. Kopec; J. Rabinovich (Comp.): *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pags. 31-45). Buenos Aires. Dunken
- Aguirre Morey, R. (2005): Comunicación mediada por ordenadores y apego. *De Familias y Terapias*, Año 13, Nº 21, 69-82
- Ainsworth, M.D.S. (1978): The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Science*, Vol. 3, 436-438
- Ainsworth M.D.S.; Blehar, M.C; Waters, E. & Wall, S. (1978): *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ. Erlbaum
- Ajuriaguerra, J. (1977): *Manual de Psiquiatría Infantil*. Cuarta Edición. Barcelona. Ed. Masson
- Akister, J. & Reibstein, J. (2004): Links between attachment theory and systemic practice: some proposals. *Journal of Family Therapy*, 26, 2-16
- Aksan, N.; Kochanska, G. (2004): Links between systems of inhibition from infancy to preschool years. *Child Development*, 75, 1477-1490
- Albano, A.M.; Krain, A.L.; Podniesinski, E. & Ditzkowsky, K.S. (2004): Cognitive-behavior therapy with children and adolescents. En J.H. Wright (Ed.)

Cognitive-behavior therapy, (pags. 123-150). Washington. American Psychatris Publishing

Alfano, C.A.; Beidel, D.C. & Turner, S.M. (2002): Cognition in childhood anxiety: Conceptual, methodologic and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22, 1209-1238

Alfano, C.A.; Beidel, D.C. & Turner, S.M. (2006): Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 189-201

Alloy, L.B.; Kelly, K.A.; Mineka, S. & Clement, C.M. (1990): Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness- hopelessness perspective. En J.D. Maser & C.R. Cloninger Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pags. 499-543). Washington, DC. American Psychiatric Press

American Psychiatric Association (1995): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC. Masson

American Psychiatry Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington, DC. American Psychiatry Association

Andersen, T. (1991): *The reflecting team: dialogues and dialogues about the dialogues*. New York. Norton

Anderson, H. & Goolishian, H. (1988): Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393

Anthony, M. M.; Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1997): Response to hyperventilation and 5,5% CO₂ inhalation of subjects with types of specific phobia, panic disorder, or no mental disorder. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 154, 1089-1095

- Anthony, M.M.; Lonigan, C.J.; Hooe, E.S. & Phillips, B.M. (2002): An affect-based hierarchical model of temperament and its relations with internalizing symptomatology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 480-490
- Arntz, A.; Rauner, M. & Van den Hout, M. (1995): "If I feel anxious, there must be danger": Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-925
- Austin, A.A. & Chorpita, B.F. (2004): Temperament, anxiety, and depression. Comparison across five ethnic group of children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 216-226
- Bakermans-Kranenburg, M.; Van Uzendoorn, M. & Juffer, F. (2003): Less is More: Meta-Analyses os Sensitivity and Attachment Interventions en Early Childhood. *Psychological Bulletin*. 129,Nº2,195-215
- Barbaranelli, C.; Caprara, G.V.; Rabasca, A. & Pastorelli, C. (2003): A questionnaire for mesasuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences*, 34, 645-664
- Balbi, J. (2004): *La mente narrativa*. Buenos Aires. Paidós
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy. The excercise of control*. New York. Freeman
- Bandura, S.; Pastorelli, C.; Barbanelli, C. & Caprara, G.V. (1999): Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269
- Baringoltz, S.(1996): *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia*. Buenos Aires. Ed. de Belgrano.
- Barlow, D.H. (2002): *Anxiety and its disorders; the nature and treatment of anxiety and panic*. 2º Ed. New York. Guilford Press
- Barlow, D.H. & Durand V. M. (2001): *Psicología anormal: un enfoque integral*. México. Thompson

- Barnet, A.B. & Barnet, R.J. (1998): *The youngest minds: Parenting and genes in the development of intellect and emotion*. New York. Touchstone
- Barrera, M.; Fleming, C.F. & Khan, F.S. (2004): The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings with siblings with cancer. *Child: Care, Health and Development*, 30, 103-111
- Barrett, P.M.; Dadds, M.R. & Rapee, R.M. (1996): Family Treatment of Childhood Anxiety: a Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, Nº 2, 333-342
- Barrett, P.M.; Duffy, A.L.; Dadds, M.R. & Boulter, N. (2005): Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long term (6 years) follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141
- Basset, L. (1995): *From panic to power*. New York. Harper Collins Publishers
- Bateson, G. (1980): *Mind and Nature*. New York. Bantam Books
- Beck, A. T. (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York. International Universities Press
- Beck, A. & Emery, G. (1985): *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive perspective*. New York. Basic Books
- Beck, A. & Emery, G. (1995): *Coping with Anxiety and Panic*. Philadelphia. The Beck Institute
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. & Emery, G. (1979): *Cognitive Therapy for Depression*. New York. Guilford
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1997): At risk of anxiety: Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924
- Bell-Dolan, D.J.; Last, C.G. & Strauss, C.C. (1990): Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 759-765

- Belloch, A., Sandin, T. & Ramos, L. (1995): *Manual de Psicopatología*. Madrid. Mc Graw Hill
- Bentovim, A; Barnes, G. & Cooklin, A. (1982): *Family Therapy*. London. Academic Press
- Bernstein, G.A.; Borchardt, C.M. & Perwien, A.R. (1996): Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1110- 1119
- Bernstein, G.A; Layne, A.; Egan, E.; Nelson, L. (2005): Maternal phobic anxiety and child anxiety. *Anxiety Disorders*, 19, 658-672
- Beutler, L.; Clarkin J.(1990): *Systematic Treatment Selection*. New York. Brunner/ Mazel Ed.
- Beutler; I.; Harwood, M.(2000): *Prescriptive Psychotherapy*. New York. Oxford University Press
- Biederman, J.; Hirshfeld-Becker, D.R.; Rosembaum, J.F.; Herot, C.; Friedman, D.; Snidman, N.; Kagan, J. & Faraone, S.V. (2001): Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673-1679
- Biederman, J.; Petty, C.; Faraone, S.V.; Hirshfeld-Becker, D.R.; Henin, A.; Rauf, A.; Scott, M.; Pollack, M. & Rosembaum, J.F. (2005): Childhood antecedents to panic disorder in referred and non-referred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 549-562
- Biederman, J.; Rosembaum, J.F.; Chaloff, J. & Kagan, J. (1995): Behavioral inhibition as a risk factor for anxiety disorders. En March, J.S. (ed.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York. Guilford
- Blisset, J.; Walsh, J.; Harris, G.; Jones, C.; Leung, N. & Meyer, C (2006): Different Core Beliefs Predict Paternal and Maternal Attachment Representations in Young Women. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 13, 163-171

- Blöte, A.W. & Westenberg, P.M. (2007): Socially anxious adolescents' perception of treatment by classmates. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 189-198
- Bogiaizian, D. (2004): *La sobreestimación del control y la ansiedad*. Tesis Doctoral. Buenos Aires. Universidad del Salvador
- Borkovec, T.D.; Robinson, E.; Pruzinsky, T. & DePree, J.A. (1983): Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16
- Bos, A.E.R.; Muris, P.; Mulkens, S. & Schaalma, H. (2006): Changing self-esteem in children and adolescents: A roadmap for future interventions. *Netherlands Journal of Psychology*, 62, 26-33
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss. Attachment* (Vol. 1). England. Penguin Books
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger*. Vol. 2. New York. Basic Books
- Bowlby, J. (1961): " Separation anxiety: a critical review of the literature". *Child Psychology and Psychiatry*, Vol.1, 251-269
- Brasesco, María Verónica (2003): *Jornadas sobre Metodología de investigación Cualitativa en Psicología*. Facultad de Humanidades. Universidad Católica de Santa Fe
- Bruch, M. & Cheek, J. (1995): Developmental Factors in Childhood and Adolescent Shyness. En: *Social phobia, diagnosis, assessment and treatment*. Cap V., 153-182. New York. The Guilford Press
- Bruner, J. (1991): *Actos de significado*. Madrid. Alianza Editorial
- Bourne, E.; Garano, L. (2003): *Coping with Anxiety*. Oakland, CA. New Harbinger Publications, Inc.

- Buss, K.; Davidson, R.; Kalin, N. & Hill Goldsmith, H. (2004): Context-Specific Freezing and Associated Physiological Reactivity as a Dysregulated Fear Response. *Developmental Psychology*, Vol. 40, Nº 4, 583-594
- Butler, G. & Mathews, A. (1983): Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62
- Butler, G. & Mathews, A. (1987): Anticipatory anxiety and risk perception. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 551-565
- Byng-Hall, J. (2002): Relieving Parentified Children's Burdens In Families with Insecure Attachment Patterns. *Family Process*. Vol. 41, Nº 3, 375- 388.
- Caballo, V. & Simón, M.A. (2004): *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid. Ed. Pirámide
- Caffery, T. & Erdman, P. (2003): Attachment and Family Systems Theories. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 22, Nº 2, 3-15
- Campos, J.J.; Frankel, C.B. & Camras, I. (2004): On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377-394
- Cantwell, D. & Carlson, G. (1987): *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona. Martínez Roca
- Capra, F. (1997): *The web of life: A new synthesis of mind and matter*. London. Flamingo
- Capps, L.; Sigman, M.; Sena, R.; Henker, B. & Whalen, C. (1996): Fear, anxiety and perceived control in children of agoraphobic parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 17, 445-452
- Cartwright, D. (1972): Análisis del material cualitativo . En Festinger, L.; Katz, D.: *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. Buenos Aires. Ed. Paidós Ibérica

- Cartwright-Hatton, S.; Hodges, I. & Porter, J. (2003): Social anxiety in childhood: The relationship with self and observer rated social skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 737-742
- Cartwright-Hatton, S.; McNicol, K. & Doubleday, E. (2006): Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817-833
- Casabianca, R. (2001): "Terapia con niños fóbicos: conversaciones y otras alternativas". Trabajo presentado al XIII World Congress of Family Therapy. Porto Alegre, Brasil.
- Casabianca, R. (1995): "Qué vemos en las familias con niños fóbicos". Investigación presentada al IV Foro Internacional de Investigación en Psicoterapia. Buenos Aires, Argentina
- Casabianca, R.; Dabas, E.; Fried-Schnitman, D.; García, A.; Herscovici, P.; Hirsch, H.; Lebensohn, F.; Loketek, A.; Najmanovich, D. & Rausch-Herscovici, C. (1997): Diagnóstico y Terapia Sistémica. *Sistemas Familiares*, Año 13, Nº 2, 55-92
- Caspi, A.; McClay, J.; Moffitt, T.E.; Mill, J.; Martin, J.; Craig, I.W.; Taylor, A. & Poulton, R. (2002): Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297 (5582), 851-855,
- Cebero, M. (1999): Entre la semántica y la pragmática. Un diálogo con Guillem Feixas. *Perspectivas Sistémicas*, Nº 58
- Cebero, M. (2005): Clínica de Ataques de Pánico y de las Fobias. *Perspectivas Sistémicas*, Año 17, Nº 86, 7-10
- Chambless, D. & Ollendick, T.(2001): Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Reviews Psychol.*, 52, 685-716.
- Chansky-Suberry, K. (2004): Pediatric Psychology with a Postmodern Twist. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 23, Nº 1, 21-37

- Chenail, R.J.; Wulff, D.P. & St. George, S.A. (2002): *Qualitative Research: Improving your Writing and Reviewing*. American Association for Marriage and Family Therapy. 60th Annual Conference: Weaving the Family Tapestry. Cincinnati, Ohio
- Chorpita, B.F.; Albano, A.M. & Barlow, D.H. (1998): The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 74-85
- Chorpita, B.F. & Barlow, D.H. (1998): The development of anxiety. The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21
- Choudhury, M. (2002): *A program for the anxieties' problems treatment in childhood*. Conferencia dictada en The Beck Institute. Filadelfia
- Cia, A. (1999) : *Estrategias para superar el pánico y la agorafobia*. Buenos Aires. El Ateneo
- Cia, A. (2002): *La ansiedad y sus Trastornos*. Buenos Aires. Ed. Productos Roche S.A.
- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (1995): Perspectives on developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Volume I. Theory and methods* (pags. 3-20), New York. Wiley
- Clark, D.; Beck, A. & Alford, B. (1999): *Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York. John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, K.; Ladd, G.(2000): Connectedness and Autonomy Support in Parent-Child Relationships: Links to Children's Socioemotional Orientation and Peer Relationships. *Developmental Psychology*, Vol. 36, Nº 4, 485-498
- Cobb, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314

- Cobham, V.; Dadds, M. & Spence, S.(1998): The Role of Parental Anxiety in the treatment of Childhood Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, Nº 6, 893-905
- Cohen, N.J.; Davine, M.; Hododesky, N.; Lipsett, L. & Isaacson, L. (1993): Unsuspected language impairment in psychiatrically disturbed children: Prevalence and language and behaviorally characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 595-601
- Comer, J.S. & Kendall, P.C. (2004): A symptom-level examination of paren-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 43, 878-886
- Compas, B.E.; Connor, J.K.; Salzman, H.; Thomsen, A.H. & Wadsworth, M.E. (1999): Getting specific about coping: Effortful and involuntary responses to stress in development. En M. Lewis & D. Ramsey (Eds.), *Soothing and stress* (pags.229-256). New York. Cambridge University Press
- Compas, B.E.; Connor-Smith, J.K.; Salzman, H.; Thomsen, A.H. & Wadsworth, M.E. (2001): Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127
- Coplan, J. (1999): *Neurobiology of Anxiety and Mood disorders*. Simposium de la Reunión Anual de la APA. Washington, DC
- Coplan, R.; Prakash, K. & O'Neil, K. (2004): "Do you want to play?: Distinguishing between Conflicted Shyness and Social Desinterest in Early Childhood". *Developmental Psychology*, Vol. 40, Nº2, 244-258
- Cortes, A.M.; Saltzman, K.M.; Weems, C.F.; Regnault, H.P.; Reiss, A.L. & Carrion, V.G. (2005): Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: A preliminary longitudinal investigation. *Child Abuse and Neglect*, 29, 905-914
- Costello, E.J.; Egger, H.L. & Angold, A. (2004): Developmental epidemiology of anxiety disorders. En T.H. Ollendick y J.S. March (Eds.). *Phobic and*

anxiety disorders in children and adolescents. A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions (pags. 61-91)
New York. Oxford University Press

Cowan, P.A. (1997): "Beyond meta-analysis: A plea for a family systems view of attachment". *Child Development*, Vol. 68 N° 4, 601-603.

Couture, S.J. & Sutherland, O. (2004): Investigating change: compatible research and practice. *Journal of Systemic Therapies*, 23, N° 2, 3-17

Combrinck – Graham, L. (1989) : *Children in family contexts*. New York. Guilford Press

Cooklin, A. (2001): Eliciting Children's Thinking in Families and Family Therapy. *Family Process* Vol. 40, N° 3, 293-312

Cramer, P; Tracy, A. (2005): The pathway from child personality to adult adjustment: the road is not straight. *Journal of Research in Personality*, 39, 369-394

- Craske, M.G. (1997): Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (Suppl. A). A4-A36

Craske, M.G. (2003): *Origin of phobias and anxiety disorders. Why more women than men?*. Oxford. Elsevier

Crispo, R & Torrente, F. (2007): Trastornos de la conducta alimentaria: cómo optimizar el tratamiento de problemáticas complejas. En D. Kopec y J. Rabinovich (Comp.), *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (págs. 281-316). Buenos Aires. Dunken

Crittenden, P.M. (2000): *A dynamic-maturational approach to continuity and change in patterns of attachment*. New York. Cambridge University press.

Crittenden, P.M.(2001): Organization, alternative organizations, and disorganization: Competing perspectives on the development of endangered children. *Contemporary Psychology* 46, 593-596

- Crittenden, P.M. (1997): Prevention and Early Intervention for Anxiety disorders: a Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, N° 4, 627-635
- Dadds, M.R. & Barrett P.M. (1996): Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behaviour Change*, 13, 231-239
- Dadds, M.R.; Barrett, P.M. & Rapee, R.M. (1996): Family processes and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734
- Dadds, M.; Holland, D.; Laurens, K.; Mullins, M.; Barrett, P. & Spence, S. (1999): Early Intervention and Prevention of Anxiety Disorders in Children: Results at 2-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, N° 1, 145-150
- Dadds, M.R.; Holland, D. & Laurens, K. (1997) :Prevention and Early Intervention for Anxiety Disorders: a Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, N° 4, 627-635
- Dadds, M. & Roth, J.H. (2001): Family processes in the development of anxiety disorders. En: M.W. Vasey, M.R.Dadds (Eds.) *The developmental psychopathology of anxiety* (pags. 278-303). New York. Oxford University Press
- Daleiden, E.L. & Vasey, M.W. (1997): An information-processing perspective on childhood anxiety. *Clinical Psychology Review*, 17, 407-429
- Dalgleish, T.; Moradi, A.; Taghavi, R.; Neshat-Doost, H.; Yule, W. & Canterbury, R. (2000). Judgements about emotional events in children and adolescents with post-traumatic stress disorder and controls. *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 41, 981-988
- Dalgleish, T., Taghavi, R.; Neshat-Doost, H.; Moradi, A.; Canterbury, R. & Yule, W. (2003): Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders.: A comparison of attention, memory and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized

anxiety, and post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 10-21

Dalgleish, T., Taghavi, R., Neshat-Doost, H., Moradi, A., Yule, W. & Canterbury, R. (1997): Information-processing in clinically depressed and anxious children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 535-541

Davey, G.C.L. (2002): "Nonspecific" rather than "nonassociative" pathways to phobias, A commentary on Poultos and Menzies. *Behavior Research and Therapy*, 40,151-158

Davey, G.C.L.; Foster, L. & Mayhew, G. (1993). Familial resemblances in disgust sensitivity and animal phobias. *Behavior Research and Therapy*, 31, 41-50

De Bruin, G.O.; Rassin, E. & Muris, P. (En prensa): The prediction of worry in non-clinical individuals: The role of intolerance of uncertainty, meta-worry and neuroticism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*

Deitos Giongo, C. (2003): A Inclusão de "Pessoas Significativas" na Terapia Familiar. *Pensando Famílias, Ano 5, Nº 5*, 83-98

De Jong, P.J. & Merckelbach, H. (1998). Blood-injection-injury phobia and fear of spiders: Domain specific individual differences in disgust sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 24, 153-158

Diamond, G.; Serrano, A.; Dickey, M. & Sonis, W. (1999): Estado actual de las investigaciones sobre resultados y procesos de las terapias basadas en familia. *Sistemas familiares, Año 15. Nº 1*, 69-85

Díaz, E. (2002): *La posciencia. El conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad*. Buenos Aires. Ed. Biblos

- Dineen, K.A. & Hadwin, J.A. (2004): Anxious and depressive symptoms and childrens' judgements of their own and others' interpretation of ambiguous social scenarios. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 499-513
- Donate-Bartfield, E. & Passman, R. (2004): Relations between Children's Attachment to Their Mothers and to Security Blankets . *Journal of Family Psychology*, 18, N° 3, 453-458
- Dubois, D.I. & Tevendale, H.D. (1999): Self steem in childhood and adolescence. Vaccine or epi-phenomenon?. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 103-117
- Duckworth, A.L.; Steen, T.A. & Seligman, M.E.P. (2005): Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651
- Dugas, M.J.; Freeston, M.H.; Ladouceur, R.; Rheaume, J.; Provencher, M. & Boisvert, J.M. (1998): Worry themes in primary GAD, secondary GAD and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 253-261
- Dumas, J.E.; Lafreniere, P.J. & Serketich, W.J. (1995): Balance of Power. A Transactional Analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104-113
- Ecker, B. (2003): The Hidden Logic of Anxiety. *Psychotherapy Networker*, Vol. 27, N° 3, 38-43
- Ehlers, A.; Mayou, R.A. & Bryant, B. (2003): Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 41, 1-10
- Eisen, A. & Kerney, C. (1995): *Treating fear and anxiety in Children and Adolescents. A cognitive-behavioral Approach*. Northvale, New Jersey. Jason Aronson Inc.
- Eley, T.C. (1997): General genes: A new theme in developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 90-95

- Eley, T.C. (2001): Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, share environmental, and non-shared environmental influences. In: M.W. Vaseys & M.R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*, pags. 45-59. New York: Oxford University Press
- Eley, T.C. & Gregory, A.M. (2004): Behavioral genetics. En T.L.Morris & J.S. March (Eds.) *Anxiety Disorders in children and adolescents*, pags. 71-97. New York. Guilford
- Enns, M.W., Cox, B.J. & Clara, I. (2002): Parental bonding and adult psychopathology: results of the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 32, 997-1008
- Epkins, C.C. (2000): Cognitive specificity in internalizing and externalizing problems in community and clinical-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 199-208
- Eubanks, R.A. (2002): The MRI Reflecting Team: An Integrated Approach. *Journal of Systemic Therapies*, 21, Nº 1, 10-19
- Ey, H.; Bernard, P. & Brisset, Ch. (1978): *Tratado de psiquiatría*. 8a. Edición. Barcelona. Ed. Masson.
- Eysenck, H. J. (1987): The role of heredity, environment, and preparedness in the genesis of neurosis. En Eysenck, H.J; Martin, I. (Eds). *Theoretical Foundations of behavior therapy*. New York. Plenum
- Eysenck, M. W. (1992): *Anxiety: the cognitive perspective*. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum
- Donet-Bartfield, E. & Passman, R. (2004). Relations between Children's Attachment to Their Mothers and to Security Blankets. *Journal of Family Psychology*, 18, Nº3, 453-458

- Feigon, S.A.; Waldman, L.D.; Levy, F. & Hay, D.A. (2001): Genetics and enviromental influences on separation anxiety disorders symptoms and their moderation by age and sex. *Behavior Genetics*, 31, 403-411
- Feixas, G.(2000): *El modelo sistémico en terapia familiar*. Barcelona. CD Producción Psimedia, Recursos multimedia en Psicología
- Ferguson, D.M.; Horwwod, L.J. & Ridder, E.M. (2005): Show me the child at seven II: Childhood intelligence and later outcomes in adolescents from the general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 850-858
- Fernandez Alvarez, H.(1992): *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires. Paidós
- Fernandez Alvarez, H. & Opazo, R. Comp.(2004):*La integración en psicoterapia*. Barcelona. Paidos Ibérica
- Fernández Labriola, R.(2001): *Neuropsicofarmacología*. Buenos Aires. Gabas
- Fernández Moya, J. y colab. (2006): *En busca de resultados. Una introducción a las Terapias Sistémicas*. 2ª Ed. Mendoza. Universidad del Aconcagua
- Fisch, R. (2004): So what have you done later? MRI Brief Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 23, N°4, 4-10
- Fishkin, S.A.; Rohrbach, L.A. & Anderson-Johnson, C. (1997): Correlate of youths' fears of victimization. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1601-1616
- Finkenauer, C.; Engels, R.; Meeus, W.S. & Oosterwegel, A. (2002): Self and identity in early adolescence. The pains and gains of knowing who and what you are. En T.M. Brinthaup & R.P. Lipka (Eds.), *Understanding early adolescent self and identity. Applications and Interventions* (págs. 25-56). Albany, NY. State University of New York Press
- Fonseca, A.C. & Perrin, S. (2001): Clinical phenomenology, classification and assesment of anxiety disorders in children and adolescents. En

W.K.Silverman & P.D.A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents. Research, assesment and intervention*, New York. Cambridge University Press

Fordham, K. & Stevenson-Hinde, J. (2007): Shyness, Friendship Quality, and Adjustment During Middle Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 5, 757-768

Frankel,R.M.; Quill, T.E. & McDaniel, S.H. (2003): *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*. Rochester. University of Rochester Press

Fraser, M.W. (2004): *Risk and Resilience in Childhood. An Echological Perspective* (2nd Ed). Washington DC. NASW Press

Freud, A. (1936): *The ego and mechanisms of defense*. New York. International Universities Press

Freud, A. (1951): *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires. Ed. Imán

Freud, A. (1968) : *Le Normal et le Pathologique chez L'enfant*. Paris. Gallimord

Freud, S. (1943): Análisis de la fobia de un niño de cinco años. Tomo XV. *Historiales clínicos. Obras completas*. Buenos Aires. Ed. Americana

Freud,S (1963):*Introductory Lectures on Psychoanalsis (1915-1917)* . The Standard Edition , Vol 16. London. Joffrey Howarth Press

Freud, S. (1959): *Instrisitions, Sympthomes and anxiety*(1926) The Standard Edition, Vol 20. London. Joffrey Howarth Press

Freud, Sophie (2003): The Opposite is Also True: A Backward Look at Attachments. *Constructivism in the Human Sciences*, 8, N°1, 37-46

Fried-Schnitman, D. (1996): Hacia una terapia de lo emergente. En McNamme, S. & Gergen, K.L. (comp.). *La terapia como construcción social*. Buenos Aires. Paidos

- Fried-Schnitman, D. (2000): *Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos*. Buenos Aires. Granica
- Fuldauer, D. (1998): *Dierfobieën en psychosomatische stoornissen (Animal phobias and psychosomatic disorders)*. Leuven, Belgium. Garant
- Furman, W. & Simon v. (2004). Concordance in Attachment States of Mind and Styles with respect to Fathers and Mothers. *Child Development*, 40, Nº6, 1.239-1.247
- Gabbard, G.O. (2000): A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 117-122
- Gar, N.S.; Hudson, J.L. & Rappe, R.M. (2005): Family Factors and the Development of Anxiety Disorders. En: J.L. Hudson & R.M. Rappee (Eds.): *Psychopathology and the Family*, pags. 125-145. Oxford, UK. Elsevier
- García-Lopez, L.J.; Olivares, J.; Beidel D.; Albano, A.M.; Turner, S. & Rosa A.I. (2006): Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5 year follow up assesment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191
- Garrido Martin, E. (2000): *Albert Bandura: voluntad científica*. Universidad de Salamanca. des.emery.edu/BanduraGarrido
- Gehart, D. & Lucas, B. (2007): Client Advocacy in Marriage and Family therapy: A qualitative Case Study. *Journal of Family Psychotherapy*, 18, 1, 39-56
- Gergen, K. (1996): *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Buenos Aires. Ed. Paidós Ibérica
- Gergen, M.M. & Gergen, K.J. (1984): The social construction of narrative accounts. En K.J. Gergen y M.M. Gergen (comps), *Historical Social Psychology*. Hillsdale. Lauwrence Erlbaum Associates
- Gerlach, A.; Wilhelm, F & Roth, W. (2003): Embarrasment and social phobia: the role of parasympathetic activation. *Anxiety Disorders*, 17, 197-210

- Gershuny, B.S. & Sher, K.J. (1998): The relation between personality and anxiety. Findings from a 3-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.107, 252-262
- Gimenez H. M. (Coord.) (1997): *Psicopatología Infantil*. Málaga. Aljibe
- Giménez H. M. (2007): *Introducción a la Psicopatología Infantil y Juvenil*. PETRA. Facultad de Psicología de Málaga. Curso 2006-2007
- Ginsburg, G.S.; Lambert, S.F. & Drake, K.L. (2004): Attributions of control, anxiety, sensitivity, and panic symptoms among adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 745-763
- Ginsburg, G.S.; Siqueland, L., Masia Wagner, C. & Hendtke, K.A. (2004): Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28-43
- Gomez, F.M. (2004): Experiencias tempranas y entorno: su impacto en el neurodesarrollo y la creación de los procesos mentales. *Revista Argentina de Psiquiatría*. XV, 105-112
- Gonzalez Rey, F. (1999): *La investigación Cualitativa en Psicología*. Rumbos y desafíos. Sao Paulo. Educ.
- Gonzalez Rey, F. (2003): *Seminario de Metodología Cualitativa en Investigación Psicológica*. Secretaría de Pos-grado. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires
- Goodwin, R.D.; Ferguson, D.M. & Horwood, L.J. (2005): Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35, 881-890
- Gorman, P.(2001): Teaching Diagnosis from a Posmodern Perspective. *Journal of Systemic Therapies*, 20, Nº 1, 3- 11
- Grant, K.E.; Compas, B.E.; Thurm, A.E.; McMahon, S.D.; Gipson, P.Y.; Campbell A.J.; Krochok, K. & Westerlhom, R.I. (2006): Stressors and

- child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 257-283
- Greco, L.A. & Morris, T.L. (2004): Assesment. En T.L. Morris & J.S. March (Eds.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pages 98-121). New York. Guilford
- Greenberg, M.T.(1999): Attachment and Psychopathology in Childhood. En P. Cassidy & R. Shaver (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York. Guilford Press
- Greenberg, R. & Beck, A. (2002): *Panic Attacks: How to cope, how to recover*. Philadelphia. The Beck Institute Publications
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. Y Solomon, S. (1996): The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror management theory. En R.F.Baumeister (Ed.): *Public self and private self*. New York. Springer
- Greeno, C. (2001): Introduction to the Technical Series: What is Science, and how does it Help Us?. *Family Process*, 40, N° 1, 115-120
- Greeno, C. (2002): Major alternatives to the Classical Experimental Design. *Family Process*, 41, N° 4, 733-736
- Greeno, C. (2003): Measurement: How do we Know what we Know? Topic One: Validity. *Family Process*, 42, N° 3, 433-435
- Grills, A.E. & Ollendick, T.H. (2002): Issues in parent-child agreement: The case of the structured diagnostic interviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 57-83
- Grover, R.L.; Ginsburg, G.S & Ialongo, N. (2005): Childhood predictors of anxiety symptoms: A longitudinal study. *Child Psychiatric and Human Development*, 36, 133-153
- Grüner, K.; Muris, P & Melckerbach, H. (1999): the relationsheep between anxious rearing behaviours and anxiety disorder symptomatology in

- normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 27-35
- Gullone, E. (2000): The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20, 429-451
- Gullone, E. & Robinson, K. (2005): The Inventory of Parent and Peer Attachment- Revised (IPPA-R) for Children: A Psychometric Investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12,67-79
- Haidt, J.; Ma Cauley, C. & Rozin, P. (1994): Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16, 701-713
- Haley, J.(1980): *Terapia breve para resolver problemas*. Buenos Aires. Amorrortu
- Haley, J. & Hoffman, L. (2001): *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires. Amorrortu
- Haley, J. (1961): *Tácticas del poder de Jesucristo y otros ensayos*. Madrid. Tiempo Contemporáneo
- Hammack, P.I.; Richards, M.H.; Luo, Z.; Adlyn, E.S. & Roy, K. (2004): Social support factors as moderators of community violence exposure among inner-city African-American young adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 450-462
- Harder, H. (1999): *The construction of the self. A developmental perspective*. New York. Guilford
- Harvey, A.; Watkins, E.; Mansell, W. & Shafran, R. (2004): *Cognitive behavioral processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford. Oxford University Press
- Hawin, J.; Frost, S.; French, C. & Richards, A. (1997): Cognitive processing and trait anxiety in typically developing children. Evidence of an interpretation bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 486-490

- Health System (2007). Universidad de Virginia. On line:
healthsystem.virginia.edu
- Helsen, M.; Vollenberg, W. & Meeus, W. (2000): Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 685-702
- Henker, B.; Whalen, C.K. & O'Neil, R. (1995): Wordly and workaday worries: Contemporary concerns of children and young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 685-702
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P.(2001): *Metodología de la investigación*. México. Ultra
- Herscovici, P. (1997): A propósito del diagnóstico. *Sistemas Familiares*, Año 13, N° 2, 72-74
- Hill, J.; Fonagy, P. ; Safier, E. & Sargent, J. (2003): "The ecology of attachment in the family". *Family Process*, 42, N° 2, 205-221
- Hirsch, H. (1997): Qué clase de diagnóstico, para qué. *Sistemas Familiares*, Año 13, N° 2, 75-77
- Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987): *Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires. Nadir Editores
- Hoffman, L. (1990): Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, N° 1, 1-12
- Holt, M.K. & Espelage, D.L. (2005): Social support as a moderator between dating violence victimization and depression/anxiety among African American and Caucasian adolescents. *School Psychology Review*, 34, 309-328
- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2002): Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 548-551

- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2005): *Psychopatología and the Family*. Oxford, UK. Elsevier Ltd
- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2004): From anxious temperament to disorder: An ethiological model. En: R.G.Heimberg, C.L.Turk & D.S. Mennin (Eds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, pages 51-76. New York: the Guilford Press
- Jahromi, L.; Putnam, S. & Stifter, C. (2004): Maternal Regulation of Infant Reactivity From 2 to 6 Months. *Developmental Psychology*, Vol. 40, Nº 4, 477-486
- Johnson, M.(2000): Functional Brain Development in Infants: Elements of an Interactive Specialization Framework. *Child Development*, Vol. 71, Nº 1, 75-81
- Kaplan, H. & Sadock , B.(1998) : *Tratado de Psiquiatría* .Volumen VI – 6ª Edición. Buenos Aires. Intermédica
- Kaslow, F. (1997): *Handbook of Relational diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*. New York. John Wiley & Sons
- Kazdin, A.E. (2000): *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York, Oxford University Press
- Kearney, C. A. (1995): School refusal behaviour. En *Clinical Handbook of Anxiety Disorders In Children and Adolescents*, eds. A. R. Eisen; C. A. Kearney & C. E. Schaeffer. North Vale, NJ. Jason Aronson
- Keeney, B. (1979): Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18, 117-129
- Keeney, B. (1981): Pragmatics of Family Therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, Nº 1, 44-53
- Keeney, B. (1987): *Estética del cambio*. Buenos Aires. Ed. Paidós

- Kelly, G.(2001): *Psicología de los constructos personales*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Kendall, P.C. (1985): Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 357-372
- Kendall, P.C. (1991): *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. New York. Guilford Press
- Kendall, P. C. (1994): Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C.; Levin, M.; Ashmore, S. & Ichii, M.(1995): "Treatment of Separation Anxiety Disorder. En Reinecke, M.; Freeman, A.; Dattilio, F. *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. New York. The Guilford Press
- Kendall, P.C. & MacDonald, J.P. (1993): Cognition in the psychopathology of youth and implications for treatment. En K.S. Dobson & P.C. Kendall (Eds.). *Psychopathology and Cognition* (pags.387-427). San Diego,CA. Academic Press
- Kendall, P.C.; Safford, S.; Flannery-Schroeder, E. & Webb, A. (2004): Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7,4 year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287
- Kendler, K.S. (1996): Parenting: A genetic- epidemiologic perspective. *American Journal of Psychiatry*, 153, 11-20
- Kendler, K.S.; Neale, M.C.; Kessler, R. C.; Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1991): The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, situational phobia and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281

- Kendler, K.S.; Walters, E.E.; Neale, M.C.; Kessler, R.C.; Heath, A.C. & Eaves, L.J. (1995): The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-383
- Kindt, M.; Van den Hout, M.A; De Jong, P.J. & Hoekzema, B. (en prensa): Cognitive bias for pictorial and linguistic threat cues in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*
- King, N.J.; Clowes-Hollins, V. & Ollendick, T.H. (1997): The etiology of childhood dog phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 77-79
- King, N.J.; Hamilton, D.I. & Ollendick, T.H. (1988): *Children fears and phobias: A behavioral perspective*. Chichester, England. Wiley
- King, N.J.; Heyne, D. & Ollendick, T.H. (2005): Cognitive-behavioral treatments for anxiety and phobic disorders in children and adolescents: A review. *Behavioral Disorders*, 30, 241-257
- King, N.J.; Muris P. & Ollendick, T.H. (2005): Childhood fears and phobias: Assessment and treatment. *Child and Adolescent Mental Health*, 10, 50-56
- Kinsman, A.; Wildman, B. & Smucker, W. (1999): Relationships among Parental Reports of Child, Parent and Family Functioning". *Family Process*, Vol 38, Nº3, 341-352
- Kirszman, Diana. (2004): Psicoterapia Cognitiva de la Depresión. *Perspectivas Sistémicas. La nueva comunicación*. Nº 80.
- redsistemica.com.ar/Kirzsman.htm
- Kiser, D. & Piercy, F.(2001): Creativity and Family Therapy. Theory development: Lessons from the Founders of Solution- Focused Therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, Vol. 12, Nº 3, 1- 30

- Klein, D. F. (1993): False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 306-317
- Klein Melanie (1971): Simposium sobre análisis infantil. En: *Contribuciones al Psicoanálisis (1921-1945)*. Buenos Aires. Hormé
- Klein, Melanie (1966): On the Theory of anxiety and guilt. *Developments in psycho-analysis, by Klein y cols.* Londres. Hogarth
- Kochanska, G. & Knaak, A. (2003): Effortful control as a personality characteristic of young children: Antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Personality*, 71, 1087-1011
- Kochanska, G.; Murray, K. & Harlan, E.T. (2000): Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, 36, 220-232
- Kochenderfer-Ladd, B. & Skinner, K. (2002): Childrens' coping strategies. Moderators of the effect of peer victimization?. *Developmental Psychology*, 38, 267-278
- Kopec, D. & Rabinovich, J. (Comp.) (2007): *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires. Dunken
- Koslowska, K. & Hanney, L.(2002): The Network Perspective: An Integration of Attachment and Family Therapy Theories. *Family Process*, 41, Nº 3, 285-312.
- Lambert, M.J. (Ed) (2004): *Bergin and Garfeld's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5ª Edición. New York. Wiley
- Landman-Peters, K.M.C.; Hartman, C.A.; Van der Pompe, G.; Den Boer, J.A.; Minderaa, R.B. & Ormel, J. (2005): Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Science and Medicine*, 60, 2549-2559

- Langrock, A.M.; Compas, B.E.; Keller, G.; Merchant, M.J. & Copeland, M.E. (2002): Coping with the stress of parental depression: Parents' reports of childrens' coping, emotional and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 312-324
- Laraia, M.T.; Stuart, G.W.; Frye, L.H.; Lydiard, B.R. & Ballenger, J.C. (1994): Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 1-17
- Lardani, A. & Gagliesi, P. (2007): Selección Sistemática de Tratamiento. Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en Argentina. En D. Kopec y J. Rabinovich (Comp.), *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (págs. 341-366), Buenos Aires. Dunken
- Last, C.G.; Perry, S.; Hersen, M. & Kazdin, A.E. (1998): A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 35, 1.502-1.510
- Layne, A.E.; Bernstein, G.A. & March, J.S. (2006): Teacher awareness of anxiety symptoms in children. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 383-392
- Lazarus A.A. & Abranonitz, A.(1962): *The use of emotive imagery in the treatment of children's fhobias*. New York. Mentsci
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer
- LeBovidge, J.S.; Lavigne, J.V. & Miller, M.L. (2005): Adjustment to chronic arthritis of chidhood: The roles of illness-related stress and attitude toward illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 273-286
- Leitenberg, H.; Yost, L.W. & Carroll-Wilson, M. (1986): Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depresión, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 528-536

- Lengua, L.J. & Sandler, I.N. (1998): Self-regulation as a moderator of the relation between coping and symptomatology in children of divorce. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 681-701
- Lengua, L.J.; West, S.G. & Sandler, I.N. (1998): Temperament as a predictor of symptomatology in children: Addressing contamination of measures. *Child Development*, 69, 164-181
- León, O. & Montero, I. (2000): *Diseño de Investigaciones*. 2ª Ed. Madrid. McGraw-Hill/ Interamericana de España S.A.U.
- Leung, P.W. & Wong, M.M.T. (1998): Can cognitive distortions differentiate between internalising and externalising problems?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 263-269
- Lewis, M.; Feiring, C.; McGuffog, C. & Jaskir, J. (1984): Predicting psychopathology in six-years olds from early social relations. *Child Development*, 55, 123-136
- Linden, D.E.J. (2006): How therapy changes the brain: The contribution of functional neuro-imaging. *Molecular Psychiatry*, 11, 528-538
- Luthar, S.S.; Cicchetti, D. & Becker, B. (2000): The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562
- Main, M. (1995): Discourse, prediction, and recent studies in attachment: Implications for psychoanalysis. En T.Shapiro & R.N. Emde (Eds): *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome*. Madison C.T. International Universities Press, Inc.
- Mancini, C.; Van Ameringen, M.; Szatmari, P.; Fugere, C. & Boyle, M.H. (1996): A high risk pilot study of the children of adults with social fobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1511-1517
- Marks, I.M. (1969): *Fears and phobias*. New York. Academic Press

- Marks, I.M. (1980): *Living with fear*. New York. Mc Graw Hill
- Marks, I.M. (1987): *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. New York. Oxford university Press
- Marks, I.M.(1991): *Miedos, fobias y rituales*. Tomo 1: Los mecanismos de la ansiedad. Cap. 5, 107-144. Barcelona. Martinez Roca
- Marquez Lopez-Mato, A. (2004): *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Buenos Aires. Polemos
- Masten, A.S. (2001): Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238
- Maste, A.S. (2006): Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 47-54
- Masten, A.S.; Butr, K.B.; Roisman, G.I.; Obradovic, J.; Long, J.D. & Tellegen, A. (2004): Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology*, 16, 1071-1094
- Mattanah, J.F. (2001): Parental psychological autonomy and children academic competence and behavioral adjustment in late childhood: More than just limit-setting and warmth. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47, 355-376
- Matthews, G.; Deary, I.J. & Whiteman M.C. (2003): *Personality Traits*. New York. Cambridge University Press
- Mattison, R.E. (1992): Anxiety disorders. En S.R. Hooper; G-W- Hind & R.E. Mattison (Eds.), *Diagnostic Criteria and Clinical Assesment*. Erlbaum. Hillsdale,NJ
- Maturana, H. R. (1978): Biology of language: the epistemology of reality. En G.A. Miller, E. Lennberg (Eds): *Psychology and biology of language and thought*. New York, Academic Press

- Maturana, H. R. & Varela, F. (1982): *Sistemas autopoieticos. Una caracterización de la organización viviente*. Cuadernos G.E.S.I., N° 4. Buenos Aires. Sociedad Científica Argentina
- Mc Clure, E.B.; Monk, C.S.; Nelson, E.E.; Parrish, J.J.; Adler, A.; Blair, R.J.; Fromm, S.; Charney, D.S.; Leibenluft, E.; Ernst, M. & Pine, D.S. (2007): Abnormal attention modulation of fear circuit function in pediatric generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64, 97-106
- Mc Creary, B.T.; Joiner, T.E.; Schmidt, N.B. & Ialongo, N.S. (2004): The structure and correlates of perfeccionism in African American children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 313-324
- McGuire, S.; Manke, B.; Saudino, K.J.; Reiss, D. Hetherington, E.M. & Plomin, R. (1999): Perceived competence and self-worth during adolescence: A longitudinal behavioral genetic study. *Child Development*, 70, 1283-1296
- Mc Lean, P.; Chodkiewicz, A.; Miller, L.; McLean, C. & Whittal, M. (2006): Anxiety Disorders "Dissed": A Rejoinder to Sparks, Duncan, and Miller. *Journal of Family Psychotherapy*, 17, 3/ 4, 109-118
- Mc Nally, R.J. (1998): Information-processing abnormalities in anxiety disorders. Implications for cognitive neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12, 479-495
- Mc Namee, S. & Gergen, K. (1992): *Therapy as social construction* (Eds). London. Sage
- Meesters, C.; Muris P. & Van Rooijen, V. (en prensa): Reactive and regulative temperament factors and child psychopathology.: Relations of neuroticism and attentional control with symptoms and anxiety and aggression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*
- Mellon, R.; Koliadis, E.A. & Paraskevopoulos, T.D. (2004): Normative development of fears in Greece: Self-reports on the Hellenic Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 233-254

- Menzies, R.G. & Clarke, J.C. (1995): The etiology of phobias: A non-associative account. *Clinical Psychology Review*, 15, 23-48.
- Menzies, R.G; Kirkby, K. & Harris, L.M. (1998): The convergent validity if the Phobia Origin Questionnaire: A review of the evidence. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1.081-1.089
- Merikangas, K.; Avenevoli, S.; Dierker, L. & Grillon, C. (1999): Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1.523-1.535
- Mertesacker, B.; Bade, U.; Havercock, A. & Pauli-Pott, U. (2004): Predicting maternal relativity/sensitivity: The role of infant emotionality, maternal depressiveness/anxiety, and social support. *Infant Mental Health Journal*, 25, 47-61
- Miles, M. & Huberman, A.M. (1994): *Qualitative Data Analysis*. London. Sage Publications
- Miller, S. (2005): *What works in therapy?*. Talkingcure.com
- Mineka, S. & Sutton, S.K. (1992): Cognitive Biases and the emotional disorders. *Psychological Science*, 3, 65-69
- Minuchin, S., rosmán, B. & Lester, B. (1980): *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Mass. Harvard University Press
- Minuchin, P.(1985): Family and Individual Development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302.
- Minuchin, S. (1984): *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires. Paidós.
- Minuchin,S. & Fischman, C.(1984) :*Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires. Paidós.
- Monjas, I. & Caballo, V. (2004): Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia. En V.E. Caballo; M.A. Simón (Eds.): *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid. Pirámide

- Montalban Sánchez, J. (1998): *Relación entre ansiedad y dinámica familiar*. Vol 21, Málaga. Apgar Familiar
- Moore, P.S.; Whaley, S.E. & Sigman, M. (2004): Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476-
- Moradi, A.R.; Taghavi, M.R.; Neshat-Doost, H.T.; Yule, W. & Dalgleish, T. (2000): Memory bias for emotional information in children and adolescents with post-traumatic stress disorder: A preliminary study. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 521-534
- Morgan, J. & Banerjee, R. (2006): Social anxiety and self-evaluation of social performance in a non-clinical sample of children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 292-301
- Moss, E.; Cyr, C. & Dubois-Comtois, K. (2004): Attachment at Early School Age and Developmental Risk: Examining Family Context and Behavior Problems of Controlling-Caregiving, Controlling-Punitive, and Behaviorally disorganized Children. *Developmental Psychology*, Vol. 40, N° , 519-532
- Mowrer, O. (1960): *Learning theory and behavior*. New York. Wiley
- Muller, Patricia (2004): Quebrando Paradigmas: Possibilidades de Abordagem Sistemica. *Pensando Famílias*. Ano 6, N° 6, 57-67
- Muris, P. (2007): *Normal and Abnormal Fear and Anxiety in Children and Adolescents*. San Diego, CA. Elsevier Inc.
- Muris, P. (2001): A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment*, 23, 145- 149
- Muris, P.; De Jong, P.J. & Engelen, S. (2004): Relationships between neuroticism, attentional control, and anxiety disorders symptoms in non-clinical children. *Personality and Individual Differences*, 37, 789-797

- Muris, P.; De Jong, P.J.; Meesters, C.; Waterreus, B. & Van Lubeck, J. (2005): An experimental study of spider-related covariation bias in 8-13 year-old children. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 185-201
- Muris, P.; Kindt, M.; Bögels, S.; Merckelbach, H.; Gadet, P. & Moulaert, V. (2000): Anxiety and treath perception abnormalities in normal children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment*, 22, 183-199
- Muris, P.; Mayer, B. & Meesters, C. (2000): Self-reported Attachment style, anxiety and depression in children. *Social Behaviour and Personality*, 28, 157-162
- Muris, P.; Meesters, C. & Blijleven, P. (en prensa): Self-reported reactive and regulative temperament in middle childhood: Relations to the Big Three and internalizing and externalizaing problem behavior. *Journal of Adolescence*
- Muris, P.; Meesters, C. & Diederens, R. (2005): Psychometric properties os the Big Five Questionnaire for children (BFQ-C) in a Dutch Sample of young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 38, 1757-1769
- Muris, P.; Meesters, C. & Knoop, M. (2005): The relation between gender role orientation and fear and anxiety in non-clinic referred children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 326-332
- Muris, P.; Meesters, C.; Merckelbach, H. & Hulsbeck, P. (2000): Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behavior Research and Therapy*, 38, 487-497
- Muris, P.; Meesters, C. & Rempelberg, L. (2007): Attention control in middle chidhood: Relations to psychopathological symptoms and treath perception distorsions. *Behavior Research and Therapy*, 45, 997-1010
- Muris, P.; Meesters, C.; Schuten, E. & Hoge, E. (2004): Effects of perceived control on the relationship between perceived parental rearing behaviors and symptoms of anxiety and depression in non-clinical preadolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 51-58

- Muris, P.; Meesters, C.; Smulders, L. & Mayer, B. (2005): Treath perceptions distorsions and psychopathological symptoms in typically developing children. *Infant and Child Development*, 14, 273-285
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1998a): Perceived parenting rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual differences*, 25, 1.199-1.206
- Muris, P.; Merckelbach, H.; Gadet, B. & Moulaert, V. (2000): Fears, worries and scary dreams in 4 to 12-year old children. Their context, developmental patterns and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol 29, 43-52
- Muris, P.; Melckelbach, H.; Mayer, B. & Meesters, C. (1998): Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Personality and Individual Differences*, 24, 575-578
- Muris, P.; Merckelbach, H.; Mayer, B. & Prins, E. (2000): How serious are common chidhood fears. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 38, 217-228
- Muris, P.; Merckelbach, H.; Wessel, I. & Van de Ven, M. (1999): Psychopatological correlates of self-reported behavioural inhibition in children. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 37, 575-584
- Muris, P.; Merckelbach, H. & Van Spauwen, I. (2003): The emotional reasoning heuristic in children. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 261-272
- Muris, P. & Ollendick, T.H. (2002): The assesment of contemporary fears in adolescents using a modified version of the Fear Survey Schedule for children-Revised. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 567-584
- Muris, P. & Ollendick, T.H. (2005): The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271-289
- Muris, P.; Schouten, E.; Meesters, C. & Gijshers, H. (2003): Contingency-competence-control-related beliefs and symptoms of anxiety and

depression in a young adolescent sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 325-339

Muris, P.; Steerneman, P.; Merckelbach, H. & Meesters, C. (1996): The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34, 265-268

Muris, P. & Van Doorn, M. (2003): "Danger is lurking everywhere, even in parts of a jig-saw puzzle". Anxiety-related threat perception abnormalities in children. Their assesment with projective material. *Behavior Change*, 20, 151-160

Muris, P; Winands, D. & Horselenberg, R. (2003): Defense styles, personality traits, and psychopathology symptoms in non-clinical adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 771-780

Myhr, G.; Sookman, D. & Pinard, G. (2004): Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder. A comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 447-456

Nardone, G. (1995): Brief Strategic therapy of Phobic Disorders. A model of therapy and Evaluation Research. En J.H. Weabkland; W.A. Ray (Comp.). *Propagations: Thirty Years of Influence from the Mental Research Institute*. Nueva York. Howard Press Inc.

Nardone, G. (2003): *Más allá del miedo*. Barcelona. Paidós

Nardone, G. (1997): *Miedo , pánico, fobias: la terapia breve* . Barcelona. Herder

Nardone, G. (2003): *Más allá del miedo*. Barcelona. Paidós

Nardone, G. (2004): *No hay noche que no vea el día. La terapia breve para los ataques de pánico*. Barcelona. Herder

Nardone, G.; Rocchi, R. & Giannotti, M. (2003): *Modelos de familia*. Barcelona. Herder

- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1990): *L'arte del cambiamento; manuale de terapia strategica. Ipnoterapia senza trance*. Florencia. Ponte del Grazie
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2001). *Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona. Herder
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2002): *Brief Strategic Therapy*. New York. Jason-Aronson
- Nathan, P.; Stuart, S. & Dolan, S. (2000): Research on Psychotherapy Efficacy and Effectiveness: Between Scylla and Charybdis?. *Psychological Bulletin. APA Inc.*, Vol.126, N°6, 964-981
- Norcross, J. & Goldfried, M. (Ed.) (2005): *Handbook of Psychotherapy Integration*. 2ª Ed. Cap.1. New York. Oxford University Press
- Oldenhinkel, A.J.; Hartman, C.; De Winter, A.F.; Veenstra, R. & Ormel, J. (2004): Temperament profiles associated with internalizing and externalizing problems in preadolescence. *Development and Psychopathology*, 16, 421-440
- Ollendick, T.H.; King, N.J. & Frary, R.B. (1989): Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age, and nationality. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 19-26
- Ollendick, T.H.; King, N.J. & Muris P. (2002): Fears and phobias in children. Phenomenology, epidemiology and aethiology. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 98-106
- Ollendick, T.H.; Vasey, M.W. & King, N.J. (2001): Operant conditioning influences in childhood anxiety. En M.W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.) *The developmental psychopathology of anxiety* (pags. 231-252). New York. Oxford University Press
- Ollendick, T.H.; Yang, B.; King, N.J.; Dong, Q. & Akande, A. (1996): Fears in American, Australian, Chinese and Nigerian children and adolescents: a

cross-cultural study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 213-220

O'Neill, J. & Schwartz, J.M. (2004): The role of volition in OCD therapy: Neurocognitive, neuroimaging, and neuroplastic aspects. *Clinical Neuropsychiatry, Journal of Treatment Evaluation*, 1, 13-31

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Revista Anual Panamericana de la Salud*.

Packman, Marcelo (1991): *Las semillas de la cibernética*. Barcelona. Gedisa

Palacios, J.; Marchesi, A. & Coll, C. (2004): *Desarrollo Psicológico y Educación. Vol 1. Psicología Evolutiva*, 2ª Ed. Madrid. Alianza Ed.

Pauli-Pott, U.; Mertesacker, B. & Beckmann, D. (2004): Predicting the development of infant emotionality from maternal characteristics. *Development and Psychopathology*, 16, 19-42

Peterson, C. (2006): *A Primer in Positive Psychology*. New York. Oxford University Press Inc.

Pfeifer, M.; Goldsmith H.H.; Davidson R.J. & Rickman, M. (2002): Continuity and change in inhibited and uninhibited children. *Child Development*, 73, pags. 1474-1485

Plomin, R.; De Fries, J.C.; Mc Cleary, G.E. & Rutter, M. (1997): *Behavioral genetics* (3rd ed.). San Francisco. W.H. Freeman

Poggi Davis, E.; Bruce, J. & Gunnar, M.R. (2002): The anterior attention network: Associations with temperament and neuroendocrine activity in 6-year-old children. *Development Psychobiology*, 40, 43-56

Poulton, R.; Milnes, B.J.; Craske, M.G. & Menzies, R.G (2001): A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1395-1410

- Preston, J. (2006): Pharmacologic Treatment of Depression: New Developments and the Need for an Integrated Approach. *Journal of Family Psychotherapy*, 17, 3/ 4, 35-52
- Prigogine, I. (1980): *From being to becoming*. San Francisco. Freeman & Co.
- Prins, P.J.M. (1985): Self-speech and self-regulation of high-and low-anxious children in the dental situation: An interview study. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 641-650
- Prins, P.J.M. (1986): Childrens' self-speech and self-regulation during a fear-provoking behavioral test. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 181-191
- Prior, M.; Smart, D.; Sanson, A. & Oherklaid, F. (2000): Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 461-468
- Prosky, P. & Keith, D. (2003): *Family Therapy as an Alternative to Medication*. New York. Brunner-Routledge
- Purdie, N.; Carrol, A. & Roche, L. (2004): Parenting and adolescent self-regulation. *Journal of Adolescence*, 27, 663-676
- Pyzczynski, T.; Greenberg, J.; Salomon, S.; Arndt, J. & Schimel, J. (2004): Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130, 435-468
- Quamma, J.P. & Greenberg, M.T. (1994): Childrens' experience of life stress: The role of family social support and social problem-solving skills as protective factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 295-305
- Rabkin, R. (1977): *Strategic Psychotherapy*. New York. Basic Books
- Rachman, S. J. (1977): The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, Vol.15, 375-387

- Rachman, S. J. (1991): Neoconditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, Vol.11, 155-173
- Rank O. (1928) : *Le traumatisme a la naissance* (Trad. Jankélévitch). Paris. Payot
- Rapee, R.M. & Melville, L.F. (1997): Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depression and Anxiety*, 5, 7-11
- Rapee, R.M.; Spence, S.; Cobham, V. & Wignall, A.(2000): *Helping your anxious child*. New York. New Harbinger Publications Inc.
- Rassin, E. (2005): *Thought suppression*. Oxford. Elsevier
- Rausch-Herscovici, Ida A. (2004): *The Impact of the Family Meal Intervention on Weight gain and General Outcome in Adolescent Anorexia Nervosa*. Southern California University for Professional Studies, CA
- Reiss, S. (1991): Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153
- Reiss, D.; Neiderhiser, J.M.; Hetherington, E.M. & Plomin, R. (2000): *The relation-ship Code: Deciphering Genetic and Social Influences on Adolescent Development*. Cambridge. Harvard University Press
- Reiss, D.; Pedersen, N.; Cederblad, M.; Lichtenstein, P; Elthammar, O.; Neiderhiser, J. & Hansson, K. (2001b): Genetic Probes of Three Theories of Maternal Adjustment: Genetic and Environmental Influences. *Family Process*, Vol. 40, N° 3, 261-272
- Riskind, J.; Williams, N; Altman, M; Black, D.; Balaban, M. & Gessner, T. (2004): Developmental Antecedents of the Looming Maladaptive Style: Parental Bonding and Parental Attachment Insecurity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, N°1, 43-52

- Riskind, J.H.; Williams, N.L.; Gessner, T.; Chorsniakm L.D. & Cortina, J. (2000): The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality And Social Psychology*, 79, 837-852
- Robins, R.W.; John, O.P.; Caspi, A.; Moffit, T.E. & Stouthammer-Loeber, M. (1996): Resilient, over-controlled and under-controlled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychollogy*, 70, 157-171
- Robins, R.W.; Trzesniewski, K.H.; Tracy, J.L.; Gosling, S.D. & Potter, J. (2002): global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423-434
- Rodríguez Sacristán, J. (Eds.) (2000): *Psicopatología Infantil Básica*. Madrid. Pirámide
- Roland, J.S. (2005): Toward a biopsychosocial model for 21st century genetics. *Family Process*, 44 (1), 3-24
- Rosenbaum, J.F.; Biederman, J.; Boldac, E.A.; Hirshfeld, D.R.; Faraone, S.V. & Kagan, J. (1992): Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *American Journal of Psychiatry*, 149, 475-481
- Rothbart, M.K.; Ellis, L.K. & Posner, M.I. (2004): Temperament and self-regulation. En R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation. Research, theory and applications* (pags.357-370). New York. Guilford
- Rovetto, F. (Comp.) (2002): *Il pánico*. Milán. McGraw-Hill
- Rubin, K.H.; Burgess, K.B. & Hustings, P.D. (2002): Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development*, 73, 483-495

- Rubin, K.H.; Cheah, C.S. & Fox, N. (2001): Emotion regulation, parenting and display of social reticence in preschoolers. *Early Education and Development*, 12, 97-115
- Ruble, D.N.; Boggiano, A.K.; Feldman, N.S. & Loebel, J.H. (1980): Developmental analysis of the role of social comparison in self-evaluation. *Developmental Psychology*, 16, 105-115
- Rutledge, T. (2001): *Embracing Fear*. San Francisco. Harper Collins Publishers
- Rutter, M. (2000): Psychosocial influences: Critiques, findings and research needs. *Development and Psychopathology*, 12, 375-405
- Rutter, M.; Pickles, A.; Murray, R. & Eaves, L. (2001): Testing hypotheses on specific environmental causal effects on behavior. *Psychological Bulletin*, 127(3), 291-324
- Salvini, A. (1991): La paura è semplicemente un "emozione"? *Rivista de Scienze Sessuologiche*, 4, 1, 9-16
- Schneewind, K.A. (1995): Impact of family processes on control beliefs. En A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pages.114-148). New York. Cambridge University Press
- Shamir-Essakow, G.; Ungerer, J.A. & Rapee, R.M. (2005): Attachment, behavioral inhibition and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 131- 143
- Shamir-Essalow, G.; Ungerer, J.A.; Rapee, R.M. & Safier, R. (2004): Caregiving representations of mothers of behaviorally inhibited preschool children. *Developmental Psychology*, 40, 899-910
- Shaw, D.S.; Keenan, K.; Vondra, J.L.; Delliquadri, E. & Giovannelli, J. (1997): Antecedents of preschool children's internalizing problems: A longitudinal study of low income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1760-1767

- Schneider, B.; Atkinson, L. & Tardif, C.(2001): Child- Parent Attachment and Children's Peer Relations: a Quantitative Review. *Developmental Psychology*, Vol. 37, Nº 1, 86-100
- Seligman, M.E.P. (2002): Positive psychology, positive preventions and positive therapy. En C.R.Snyder y S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (págs. 3-9). New York. Oxford University Press
- Shortt, A.L.; Barrett, P.M. & Fox, T.L. (2001): Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535
- Sica, C.; Coradeschi, D.; Sanavio, E.; Dorz, S.; Manchisi, D. & Novara, C. (2004): A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations and Intrusions Inventory in clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 291-307
- Silk, J.S.; Shaw, D.S.; Forbes, E.E.; Lane, T.L. & Kovacs, M. (2006): Maternal depression and child internalizing: The moderating role of child emotion regulation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 116-126
- Silverman, W.; Kurtines, W.; Ginsburg, G.; Weems, C.; Rabian, B. & Serafini, L.(1999): Contingency Management, Self-Control, and Education Support in the treatment of Childhood Phobic Disorders: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 67, Nº 5, 675-687
- Siegel, D. (2004): Apego y comprensión del sí mismo: ser padre pensando en el cerebro. *Revista de Psicoterapia*, XVI, Nº 61, 29-41
- Silberg, J. & Rutter, M. (2002): Nature-Nurture Interplay in the Risks Associated with Parental Depression. *Children of Depressed Parents*. Washington DC: APA
- Silverman, W.; Goedhart, A.; Barrett, P. & Turner, C. (2003): The Facets of Anxiety Sensitivity Represented in the Childhood Anxiety Sensitivity

Index: Confirmatory Analyses of Factor Models from Past Studies.
Journal of Abnormal Psychology, 112, Nº1, 364-374

Simon, R. (2001): Beyond Despair. *Psychotherapy Networker*, Vol 25, Nº 6, 18-19

Siqueland, L.; Kendall, P.C. & Steinberg, L. (1996): Anxiety in children. Perceived family environments and observed family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237

Sluzki, Carlos (1987): Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, Año 3, nº 2, 66-69

Sluzki, Carlos (2007): The Interface between Genomics and the Family Field. *Journal of Family Psychotherapy*, 18, Nº1, 1-9

Sommer, B. & Sommer, R. (2001): "La investigación del comportamiento". Oxford University Press. México

Southam-Gerow, M.A. & Kendall, P.D. (2002): Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and Therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 189-222

Sparks, J.; Duncan, B. & Miller, S. (2006): Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy: Miths and the Missing Link. *Journal of Family Psychotherapy*, 17, 3/ 4, 83-108

Spence, S.H. (1997): The structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297

Spence, S.H.; Barrett, P.M. & Turner, C.M. (2003): Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 605-625

Spence, S. H. & Dadds, M. R. (1996): Preventing childhood anxiety disorders. *Behaviour Change*, 13, 241-249

- Spence, S.H.; Rapee, R.M.; Mc Donald, C. & Ingram, M. (2001): the structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293-1316
- Spitz, R.(1950): Anxiety in Infancy: a Study of its Manifestations in the First Year of Life. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 138-143
- Sroufe, A.L. (1990): Considering normal an abnormal together. The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2, 335-347
- Steinberg, L. & Avanevoli, S. (2000): The Role of Context in the Development of Psychopathology: a Conceptual Framework and some Speculative Propositions. *Child Development*, 71, N° 1, 66-74
- Stern, D. (2003): The Present Moment. *Psychotherapy Networker*. Vol 27, N° 6, 52-59
- Stern, M.B. (2002): *Child-Friendly Therapy. Byopsychosocial Innovations for Children and Families*. New York. W.W. Norton & Company Inc.
- Stevenson, J.; Batten, N. & Cherner, M. (1992): Fears and ferfulness in children and adolescents: A genetic analysis of twin data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 977-985
- Stevenson-Hinde, J. & Glover, A. (1996): Shy girls and boys: a new look. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 37, 181-187
- Stevenson-Hinde, J.; Curley, J.P.; Chicot, R.; Johannsson, C. (1999): Anxiety Within Families: Interrelations, Consistency, and Change. *Family Process*, 46, 4, 543-556
- Storch, E.A.; Masia-Warner, C.; Dent, H.C.; Roberti, J.W. & Fischer, P. (2004): Psychometric Evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. Construct validity and normative data. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1055-1070

- Strauss, C.C. (1994): Overanxious disorder. En: T.H. Ollendick; N.J. King & W.Yule (Eds.): *International Handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York. Plenum Press
- Strong, T. (2006): "Minding" our Therapeutic Conversations: Meaning Bits and Choreographies. *Journal of Systemic Therapies*, 25, Nº4, 8-20
- Suarez, L. & Bell-Dolan, D. (2001): The relationship of child worry to cognitive biases: Threat interpretation and likelihood of event occurrence. *Behavior Therapy*, 32, 425-442
- Suarez-Morales, L. & Bell, D. (2006): Relation of childhood worry to information-processing factors in an ethnically diverse community sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 136-147
- Sutherland, A. & Amit, Z.(1977): *Phobia free*. New York. Stein and Day Ed.
- Suveg, C. & Zeman, J. (2004): Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750-759
- Suveg, C.; Zeman, J.; Flannery-Schroeder, E. & Cassano, M. (2005): Emotion socialization in families of children with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 145-155
- Szabó, M. & Lovibond, P.F. (2006): Anxiety, depression and tension/stress in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 192-202
- Szprachman de Hubscher, R. (2003): *Terapia Breve: teoría de la técnica*. Buenos Aires. Ed. Lugar
- Taffel, R. (2003): Confronting the New Anxiety. *Psychotherapy Networker*, Vol. 27, Nº 6, 30-37
- Taylor, S. (1998): The hierarchic structure of fears. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 977-985

- Taylor, S. & Bogdan, R. (1998): *Introduction to Qualitative Research Methods*. New York. Wiley and Sons, Inc.
- Thomann, M.J. (2003): Entrevista con John C. Norcross. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XII, Nº 2, 171-176
- Thome Ferreira, V.R. & Campio Muller, M. (2006): Psicossomática e Teoria do Apego: Aproximações com a Terapia Familiar e de Casal. *Pensando Famílias*. Vol 10, Nº 1, 65-74
- Thompson, R.A. (1994): Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research of Child Development*, 59, 25-52
- Torgersen, S. (1983): Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089
- Tornimbeni, S.; Perez, E.; Olaz, F.; Fernández, A.; Cortada, N.; Pugliese, S. & Baldo, M. (2004): *Introducción a los Tests Psicológicos*. 3ª Ed. Córdoba. Ed. Brujas
- Torrey, E.F. (1973): *The mind game, with doctors and psychiatrists*. New York. Bantam Books
- Trevarthen, C. & Aitken, K.J. (2001): Infant intersubjectivity: Research, theory and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 3-48
- Troop-Gordon, W. & Ladd, G.W. (2005): Trajectories of peer victimization and perceptions of the self and schoolmates. Precursors to internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 76, 1972-1991
- Tsao, J.C.; Myers, C.D.; Craske, M.G.; Bursch, B.; Kim, S.C. & Zelzer, L.K. (2005). Parent and child anxiety sensitivity: Relationship in a non-clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 259-268

- Turner, S.M.; Beidel, D.C.; Roberson-Nay, R. & Tervo, K. (2003): Parenting behaviors in parent with anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 41, 541-554
- Twenge, J.M. (2000): The age of anxiety? Birth cohort changes in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1021
- Twenge, J.M. & Campbell, W.K. (2001): Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 321-344
- Ungerer, J. & McMahon, C. (2005): Attachment and psychopathology: A lifespan perspective. En: J.L.Hudson; R.M.Rapee (Eds), *Psychopathology and the Family* (pags. 35-54). Oxford. Elsevier
- Valeski, T. & Stipek, D. (2001): Young Children's Feelings about School. *Child Development*. Vol. 72, Nº 4, 1198-1213
- Valiente, C.; Fabes, R.; Eisenberg, N. & Spinrad, T. (2004): The Relations of Parental Expressivity and Support to Childrens' Coping with Daily Stress. *Journal of Family Psychology*, Vol 18, Nº 1, 97-106
- Van Brakel, A.M.L. & Muris, P. (2006): A brief scale for measuring "behavioral inhibition to the unfamiliar" in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 79-84
- Vasey, M.W.; El-Hag, N. & Daleiden, E.L. (1996): Anxiety and the processing of emotionally-threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high-and low- test-anxious children. *Child Development*, 67, 1.173-1.185
- Vasey, M.W. & Dadds, M.R. (Eds.) (2001): *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. New York. Oxford University Press
- Vasey, M.V. & MacLeod, C. (2001): Information-processsing factors in childhood anxiety: A review and development perspective. En M.W.

- Vasey & Dadds, M.R. (Eds.), *The developmental Psychopathology of Anxiety* (pags. 253-277). New York. Oxford University Press
- Vasta, R.; Haith, Marshall, M. & Miller, Scott A. (1996): *Psicología Infantil*. Barcelona. Ed. Ariel, S.A.
- Vázquez, G.H. & Cetcovich-Bakmas, M. (2003): Trastornos de ansiedad. En: A. Marquez-Lopez Mato, *Psiconeuroinmunoendocrinología*. Cap. 20. Buenos Aires. Polemos
- Ventura, M. (2001): The speak of the Unspeakable. *Psychotherapy Networker*, Vol. 25, Nº 6, 30-40
- Vignoli, E.; Croyti-Beltz, S.; Chapeland, V.; De Fillipis, A. & Garcia, M. (2005): Career exploration in adolescents. The role of anxiety, attachment, and parenting style. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 153-168
- Von Bertalanffy, Ludwig (1980): *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- Von Foerster, Heinz (1988): *Conferencia: Biología, cibernética y comunicación*. ASIBA. Buenos Aires. Mayo de 1988
- Von Weiss, R.T.; Rapoff, M.A.; Varni, J.W.; Lindsley, C.B.; Olson, N.Y.; Madson, K.L. & Bernstein, B.H. (2002): Daily hassles and social support as predictors of adjustment in children with pediatric rheumatic disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 155-165
- Wachtel, E.(1994): *Treating Troubled Children and their Families*. New York. Guilford Publications, Inc.
- Wainstein, M. (2006): *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires. JCE Ediciones
- Wakefield, J. (1992): The concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist*, 47, 3, 373-388

- Walsh, F. (2005): Resiliencia Familiar: un marco de trabajo para la práctica clínica. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*. Año 21, Nº 1-2, 76-97
- Warren, S. L.; Huston, L.; Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1997): Child and adolescent anxiety disorders and early attachment; *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644
- Warren, S.L.; Megan, R.G.; Jerome, K.; Anders, T.E.; Simmens, S.J.; Rones, M.; Wease, S.; Aron, E.; Dahl, R. & Srouffe, L.A. (2003): Maternal panic disorder: infant temperament, neurophysiology, and parenting behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 814-825
- Warren, S.L. & Sroufe, L.A. (2004): Developmental issues. En T.H. Ollendick & J.S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinical guide to effective psycho-social and pharmacological interventions* (pags. 92-115). New York. Oxford University Press
- Waters, E.; Merrick, S.; Trevoux, D.; Crowell, J. & Albersheim, L. (2000): Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689
- Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1981): *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona. Herder
- Watzlawick, R; Weakland, J. & Fisch, R. (1980): *Cambio*. 2ª Ed. Barcelona. Herder
- Weakland, J.; Segal, L. & Fisch, R. (1984): *La Táctica del Cambio. Cómo abreviar la terapia* . Barcelona. Herder
- Weems, C.F.; Berman, S.I.; Silverman, W.K. & Saavedra, L.M. (2001): Cognitive errors in youth with anxiety disorders. The linkages between negative cognitive errors and anxious symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 559-575

- Weems, C.F.; Silverman, W.K.; Rapee, R.M. & Pina, A.A. (2003): The role of control in childhood anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 557-568
- Weems, C.F. & Stickle T.R. (2005): Anxiety disorders in childhood: Casting a nomological net. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 107-134
- Wenar, C. & Kerig, P. (2000): *Developmental Psychology: From infancy through adolescence*. (4th Edition). New York. Mc Graw Hill
- Wetzel, N.A. (2004): "Walls and Bridges: A review of the issues between biopsychiatry and family systems therapy". Plenary Presentation, 2004. Annual Meeting of the American Family Therapy Academy
- Whaley, S.E.; Pinto, A. & Sigman, M. (1999): Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836
- White, M. (1994): *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona. Gedisa
- White, M. & Epston, D. (1993): *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona. Paidós
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A.C. (1997): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid, Prentice Hall
- Williams, N. & Riskind, J. (2004): Cognitive Vulnerability and Attachment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, N°1, 3-6
- Wintrebert, D. (2004): "El bebé nos abre una puerta". Entrevista a Bernard Golse (2004). *Revista Argentina de Psiquiatría*. XV, 140-146
- Wolfe, B.E. & Maser, J.D. (1994): *Treatment of panic disorder: a consensus development conference*. Washington, DC. American Psychiatric Press
- Wood, J.J.; McLeod, B.D.; Sigman, M.; Wang, W-C. & Chu, B.C. (2003): Parenting and childhood anxiety Theory, empirical findings, and future

directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, 134-151

Woodruff-Borden, J.; Morrow, C.; Bourland, S. & Cambron, S. (2002): The behavior of anxious parents. Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 364-367

World Health Organization (1993): International classification for diseases (ICD-10). Geneva. Author

Zan, F. (2004): Importancia del apego en el desarrollo del psiquismo. *Revista Argentina de Psiquiatría*, XV, 121-129

Zinbarg, R. E. & Barlow D. H. (1996): Structure of anxiety and the anxiety disorders. A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 181-193

FICHA DE REGISTRO INICIAL

HISTORIA N°:

Apellido y Nombre :

Nacionalidad:

Edad: Estado Civil: Derivante:

Domicilio:

Tel:

Grupo de Convivencia:

Nombre	Función	Edad	E.Civil	Ocupación	Horario
1.....					
2.....					
3.....					
4.....					
5.....					
6.....					

Otros significativos

1.....

2.....

¿Quién llamó para pedir la entrevista?.....

Fecha:

¿Quiénes son citados?.....

¿Quiénes concurren a la entrevista?.....

Fecha:

1) Queja Inicial:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo)

a) Qué ideas o teorías tienen acerca de lo que hace que este problema esté presente:.....

.....

b) ante quiénes mejora o empeora.....

.....

.....

c) desde cuándo está y cómo evolucionó.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5) Qué deja de hacer o quisiera hacer y no hace a consecuencia del problema.....

6) Soluciones intentadas

- a) Por el paciente identificado.....
- b) Por los otros.....
- c) Exitosas (en qué consistieron y por qué fueron abandonadas)

7) Tratamientos anteriores

- a) Qué sirvió:.....
- b) Qué no sirvió:.....

8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes:.....

9) Actitudes importantes de las personas significativas:.....

10) Motivación

- a) Qué objetivos busca al consultar:.....
- b) Qué espera que haga el terapeuta:.....

11) Posiciones y lenguaje del/los consultante/s que pueden ser útiles

12) Diagnóstico (descripción de circuito , estructura o contexto):

13) Meta mínima pactada con el/los consultante/s

14) Objetivo del Terapeuta

15) Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante

A) Reformulaciones

B) Prescripciones / sugerencias

C) Otras.....
.....
.....

D) Indicaciones del tipo de tratamiento y sus razones.....
.....

16) Estrategia a seguir

.....
.....
.....

17) Predicciones:.....
.....

18) Número de sesiones previstas:

ANEXO II

FICHA DE EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente:

Fecha :

Nº de Sesión:

Quiénes concurren a la entrevista:

1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva:

- mejor
- igual
- peor

Observaciones:

.....

2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:

a) Comentarios textuales

.....

b) Las reformulaciones :

- entraron:
por aceptación-parcial..... total.....
por rechazo
sustituida por otra análoga
- rebotaron

c) Las sugerencias y/o prescripciones:

- entraron
- rebotaron

Observaciones:

.....

d) Otros cambios:

.....

3) Clima motivacional del inicio de la sesión :

A) Paciente

a) grado de esperanza

- alto
- medio
- escéptico

b) Disposición de la influencia terapéutica

- Alta
- Media
- baja

B)Terapeuta

c) grado de esperanza

- alto

- medio
- escéptico

- d) disposición a seguir interviniendo
- en la misma dirección
 - en otra dirección
 - deseo interrumpir

Observaciones:.....

4) Respuesta del terapeuta a la información precedente

5) Eje temático de la sesión

6) Se decide modificar

- meta mínima
- motivo de consulta
- objetivo del terapeuta
- diagnóstico

Observaciones:.....

7) Intervenciones Principales:

a)

Reformulaciones:.....

Respuesta inmediata:

- entró
- rebotó

b)

Sugerencias:.....

Respuesta inmediata:

- entró
- rebotó

c)

Prescripciones:.....

Respuesta inmediata:

- entró
- rebotó

d)

Otra:.....

Estas intervenciones:

- a) implican un cambio de dirección
- b) no implican un cambio de dirección

8) Clima motivacional del cierre

A) Paciente

a) grado de esperanza

- alto
- medio
- escéptico

d) disposición a la influencia terapéutica

- alta
- media
- baja

B) Terapeuta

a) grado de esperanza

- alto
- medio
- escéptico

b) disposición a seguir interviniendo

- en la misma dirección
- en otra dirección
- deseo interrumpir

Observaciones:.....
.....

9) Predicciones:

- a) Respecto al estado del motivo de consulta:
- b) Otras respuestas a las intervenciones:.....

10) Planificación:

- a) En qué insistir :.....
- b) Qué evitar.....
- c) Qué decir / hacer diferente:.....

11) Quienes son citados a la próxima entrevista :

Observaciones:.....